



# Cuidado Espiritual em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas – Estudo de caso

*Spiritual care Long-Stay Institutions for the Elderly – Case study*

Elaine Pinheiro Neves de Macedo <sup>[a]</sup>

Curitiba, PR, Brasil

Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)

Mary Rute Gomes Esperandio <sup>[b]</sup>

Curitiba, PR, Brasil

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

**Como citar:** MACEDO, E. P. N. de; ESPERANDIO, M. R. G. Cuidado Espiritual em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas – Estudo de caso. *Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral*, Curitiba, Editora PUCPRESS, v. 15, n. 02, p. 257-269, maio/ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.7213/2175-1838.15.002.DS08>.

## Resumo

As pesquisas sobre espiritualidade, especialmente na fase avançada da vida, têm se desenvolvido significativamente. Este estudo visa levantar possibilidades de provisão de cuidado espiritual a partir das necessidades apresentadas por uma pessoa idosa residente em Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI). Neste sentido, a Teologia tem buscado seu lugar na tarefa de construir um diálogo com outras frentes. Tanto na perspectiva Pública como na Prática, a Teologia busca na esfera pública, a edificação de relações mais justas e igualitárias. A metodologia escolhida foi qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, optando-se pelo estudo de caso. No acompanhamento espiritual à pessoa idosa, foram aplicados instrumentos de avaliação como a Escala de Coping Espiritual Religioso e a Escala de Centralidade da Religiosidade. Os resultados apontaram que o isolamento em relação à comunidade religiosa, provocado pelo internamento, é fonte de sofrimento. Ao mesmo tempo, a participante se vale da espiritualidade/religiosidade para o enfrentamento das situações estressantes. Nesse sentido, atender a necessidade religiosa da pessoa idosa é também um modo de fortalecer seus recursos espirituais para enfrentamento do sofrimento vivido nessa fase. Conclui-se pela necessidade da assistência profissional de Cuidador/a Espiritual em ILPIs, com o intuito de colaborar para que os/as residentes busquem a ressignificação de suas vidas.

**Palavras-chave:** Espiritualidade/Religiosidade. Pessoa Idosa. Instituição de Longa Permanência para Pessoa Idosa. Hospital Geriátrico.

<sup>[a]</sup> Doutora em Teologia, e-mail: [elainemacedo@utfpr.edu.br](mailto:elainemacedo@utfpr.edu.br)

<sup>[b]</sup> Doutora em Teologia, e-mail: [mary.esperandio@pucpr.br](mailto:mary.esperandio@pucpr.br)

## Abstract

*The Authors must provide two abstracts, being one in its first and original language (English, French or Spanish) and a second Research on spirituality has developed significantly especially in the later stages of life. This study is aimed at discussing the possibilities for spiritual care based on the needs presented by an elderly person residing in a Long-Stay Institutions for the Elderly (LSIE). Hence, Theology has sought its place in the task of building in dialogue with other fronts. Both in the public perspective and in practice, Theology seeks to build more just and egalitarian relations in the public sphere. The methodology chosen was qualitative of the exploratory-descriptive type, opting for the case study. In the spiritual accompaniment to the elderly; evaluation instruments were applied, such as the Religious Spiritual Coping Scale and the Centrality of Religiosity Scale. The results showed that isolation from the religious community, caused by institutionalization, is a source of suffering. At the same time, the participant makes use of spirituality / religiosity to face stressful situations. Also, meeting the religious need of the elderly is a way of strengthening their spiritual resources to cope with the challenges experienced in this stage of life. It is concluded that there is a need for professional assistance from Spiritual Caregivers in LSIE, in order to assist residents in redimenting their lives.*

**Keywords:** *Spirituality/Religiosity. Elderly person. Long-Stay Institutions for the Elderly. Geriatric Hospital.*

---

## Introdução

O aumento da longevidade e as possibilidades de prolongamento da vida advêm de diversos fatores. Destacam-se entre eles: os avanços tecnológicos na Medicina, com foco na prevenção e no tratamento de doenças relacionadas ao avanço da idade; a Farmacologia, por meio da produção de medicamentos que melhoram a qualidade de vida e controle das doenças; e os esforços voltados para a evolução na assistência à saúde.

Como desdobramento, aumentam simultaneamente o tempo de velhice e o tempo para as demandas por cuidado, por isso o “cuidado primário”, relacionado à família, torna-se insuficiente para o amparo e para a assistência integral da pessoa idosa (LINI; PORTELLA; DORING, 2016). A necessidade de cuidados “além dos domicílios deve-se à instalação de agravos crônicos com suas complicações e à indisponibilidade dos familiares no suporte contínuo à pessoa idosa” (LINI; PORTELLA; DORING, 2016, p. 1005). Para tanto, cada vez mais se buscam novas alternativas, ora pelo cuidador informal, ora pelo cuidador formal das ILPIs e/ou Hospitais Geriátricos que contam com ala de Longa Permanência. Tais instituições têm proliferado de modo rápido para responder às necessidades de um público real e contínuo na sociedade brasileira.

Entende-se, pois, que, no contexto em ILPIs, a provisão de um cuidado espiritual (CE) permitirá que a pessoa idosa possa lidar melhor com as situações estressoras. Sendo assim, o objetivo é levantar possibilidades de provisão de CE a partir das necessidades detectadas e dos recursos espirituais apresentados por uma pessoa idosa residente em uma ILPI.

### ***Breves considerações sobre a provisão de CE em ILPIs***

#### ***O lugar do CE cuidado espiritual nos Cuidados Paliativos***

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto (PESSINI; BERTACHINI, 2005; DEZORZI, 2016). Era o nome do manto que os cavaleiros usavam antigamente para proteger-se das tempestades e do mau tempo. Também era o nome do manto que os Papas usavam sobre os ombros, significando proteção.

Hoje, de acordo com Santos, “um milhão de brasileiros morre em hospitais por ano, dos quais 700 mil em hospitais e 200 mil em residências” (SANTOS, 2011, p. 4). O dado relevante é que, no que se trata da assistência adequada integral, profissionais de saúde não foram capacitados para lidar com as demandas de pacientes com diagnóstico de enfermidade grave, progressiva, sem possibilidade de reversão do curso da doença (SANTOS, 2011). É comum, quando o indivíduo recebe o diagnóstico de uma doença grave, incurável e avançada, ouvir: “não há nada mais que se possa fazer” (FRANCO et al., 2017, p. 52); tanto paciente quanto sua família podem então entrar em desespero. Contudo, pode afirmar-se que há, sim, o que fazer. Nos Cuidados Paliativos (CP) vislumbra-se a possibilidade de cuidar da pessoa na sua integralidade (SANTOS, 2011).

Conforme afirmado na Resolução n. 41 do Ministério da Saúde brasileiro, a definição dos CP é esta:

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018, Art. 2).

A definição é elogiável, haja vista a preocupação em colocar a pessoa humana e sua família no centro do cuidado e não a doença (MENEZES, 2004). A “assistência paliativista se define como a garantia de melhor qualidade de vida” (MENEZES, 2004, p. 58-59), para atender às dimensões humanas e ético-espirituais da pessoa. Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os CP apresentam-se como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década.

Best e colaboradores (2020) desenvolveram estudo recente de “Modelo Multidisciplinar de Cuidado Espiritual” para os CP. Na pesquisa, os autores, traçaram quatro recomendações a partir das competências de Gamond, Larkin e Payne (2013) apresentadas em seu artigo “*Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 2*”, as quais foram exploradas, oportunizando sugestões para a formação em CE nos CP:

- a) capacidade reflexiva dos funcionários de considerar a dimensão espiritual em sua própria vida; b) entender como a espiritualidade afeta a vida do paciente, suas necessidades espirituais, existenciais e religiosas; c) integrar as necessidades espirituais de pacientes, familiares e cuidadores e documentar a provisão do cuidado espiritual; d) limites que precisam ser respeitados em termos de cultura, ritual e tradições (BEST *et al.*, 2020, p. 4).

Deste modo, é um estudo que corrobora com a preocupação de outros pesquisadores (NOLAN; SALTMARSH; LEGET, 2011; APPLEBY *et al.*, 2018) no que se refere à relação daquele que cuida – profissionais de saúde – e a dificuldade em compreender o que se entende por espiritualidade e CE.

A espiritualidade é um processo natural e tem a ver com reflexão, e busca pessoal do significado e sentido da vida. Para Clodovis Boff (2014) o sentido da vida é o maior desafio do ser humano de todos os tempos. Nesse seguimento, a espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). As pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar a um deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

Alguns estudos comprovam o impacto da espiritualidade na saúde das pessoas, principalmente como enfrentamento em situações adversas (OLIVEIRA; JUNGES, 2012; HIGUERA *et al.*, 2013; MELO *et al.*, 2015; BARBOSA *et al.*, 2017).

Koenig (2007), Guimarães e Avezum (2007), Peres, Simão e Nasello (2007) e Moreira-Almeida (2010) discutem em seus estudos o valor positivo da integração da espiritualidade na prática clínica em saúde mental. Além da necessidade de estudar-se a espiritualidade/saúde mental e compreender os diversos elementos envolvidos.

Segundo Arrieira e colaboradores (2018) quando se trata de CP a espiritualidade também é reconhecida como promotora da qualidade de vida. Desta forma, além da contribuição para a melhoria da saúde do paciente, também possibilita auxílio para o enfrentamento, isto é, ajuda-o a lidar melhor com a complexidade da doença e amenizar sofrimento. Isso se concretiza por meio dos CP, e estes, através da atuação de equipe multiprofissional, que trata pacientes de modo humanizado e atendem-nos em sua integralidade.

Os estudos relacionados aos CP e à espiritualidade ainda são escassos. Numa revisão integrativa, realizada em 2016 por Evangelista e colaboradores (2016), destacaram-se 39 publicações envolvendo a espiritualidade e os CP em várias categorias. Em trabalhos como o de Vallurupalli e colaboradores (2012), com 69 pacientes, a maioria (84%) utiliza a espiritualidade/religiosidade (E/R) para lidar com a doença. Em tal direção, o estudo de Silva (2011) no Brasil, selecionado na revisão literatura de Evangelista e colaboradores mostrou que a “espiritualidade auxilia os indivíduos a enfrentarem melhor as situações de terminalidade” (2016, p. 594). Amoah (2011), na Inglaterra, fez em seu estudo uma revisão da literatura sobre a temática e fornece exemplos de sua experiência como Capelão, ressaltando que a importância da espiritualidade é a mesma das demais dimensões e relata, por último, que a espiritualidade é imprescindível no trato de pacientes, nos CP.

Contraopondo-se a tais resultados, Kandasamy, Chaturvedi e Desai (2011) realizaram entrevistas com 50 pacientes na Índia e apontaram que a depressão e a ansiedade foram negativamente correlacionadas com o bem-estar espiritual. Ou seja, houve associação negativa. Em outro estudo, Kale (2011), procedendo uma pesquisa com 15 paliativistas de um *hospice* em Uganda, na África, mostrou que o cuidado espiritual naquele contexto apresenta desafios específicos, diferentes daqueles abordados na literatura européia e norte americana. O autor destaca a

relação entre as graves dificuldades econômicas, as crenças religiosas africanas tradicionais, e o quanto esses fatores podem interferir na qualidade da prestação de cuidado espiritual.

Frente, então, a esse breve cenário de estudos e conhecimentos empíricos sobre a espiritualidade em CP, pode-se afirmar que, mesmo considerada como algo que possibilitaria uma melhora na vida dos pacientes, essa dimensão não é plenamente contemplada na maioria dos serviços de CP (VALLURUPALLI *et al.*, 2012).

Aliás, para que haja a integração da espiritualidade nas ILPIs, há a necessidade de profissional com capacitação, na área da espiritualidade. Como assinalam Souza e colaboradores, “a falta de formação profissional e de certa forma a carência teórica para o CE apresentam-se como pretexto para a deficiência e fornecimento do mesmo” (2017, p. 50).

Vermadere e colaboradores desenvolveram pesquisa com médicos, prestadores de CE e pesquisadores, representando dois países – Bélgica e Holanda – em que foi possível identificar elementos do CE no contexto do CP domiciliar:

(1) Ser sensível ao medo do paciente do processo de morrer; (2) ouvir as expectativas e desejos do paciente sobre o fim da vida; (3) dar atenção aos desejos do paciente sobre o desenho da despedida; (4) oferecer rituais se o paciente os experimentar como significativos; (5) ouvir as histórias, sonhos e paixões do paciente; (6) ajudar o paciente a encontrar força nos recursos internos; (7) conectar-se com o paciente em verdade, abertura e honestidade; (8) apoiar a comunicação e a qualidade dos relacionamentos; (9) garantir que o paciente se sinta confortável e seguro; (10) ver a espiritualidade como uma dimensão entrelaçada, embora específica; (11) cuidar de sua própria espiritualidade; (12) conhecer e aceitar sua vulnerabilidade; (13) ser capaz de aprender com seu paciente-(2012, p. 1061).

Tais elementos, conforme expostos pelos autores, podem ser o primeiro passo para novos estudos que auxiliem na prática do CE. Por outro lado, há autores que veem a impossibilidade de se dar o CE em CP (EDWARDS *et al.*, 2010).

Na revisão sistemática realizada, foi possível analisar, a partir dos 11 artigos selecionados, que existem barreiras ao CE, tais como falta de tempo, fatores pessoais, culturais ou institucionais e necessidades educacionais profissionais.

O diagnóstico de enfermidade grave, progressiva, sem possibilidade de reversão do curso da doença desencadeia diversos questionamentos para aquele que sofre, em especial na busca por entendimento do significado da situação, muitas vezes, devastadora, na qual se encontra. Espiritualidade, crenças e religiosidade ajudam a dar suporte não só para o paciente, mas para toda a família e ainda para a própria Equipe Multiprofissional.

### **A contribuição da Teologia Pública e Prática**

A Teologia estuda os processos humanos que levam ao conhecimento de Deus (SATHLER-ROSA, 2010). Deste modo, o presente estudo é sustentado numa perspectiva da Teologia Pública (TP) e da Teologia Prática (TPrática), que, longe de aplicar conceitos à realidade, parte das experiências reais da vida. Sathler-Rosa -observa que o cuidado pastoral “se estende aos domínios públicos e que, portanto, reclama uma teologia e ação pastoral dedicada à vida pública” (2010, p. 49). É nessa via que se desenrola toda a reflexão acerca de Deus e do sentido da vida.

Uma das marcas da contemporaneidade é o individualismo, sendo uma de suas consequências a falta de compromisso com a transformação social, ou seja, a falta de preocupação com o bem-estar do outro. Mesmo a Teologia, não faz sentido existir se não pensar nos problemas sociais. Seria como uma cegueira. Como disse Bonhoeffer, “a Igreja só é Igreja quando está aí para os outros” (2003, p. 512). Em outras palavras, a Igreja não pode virar as costas. A ação não pode ser outra a não ser seu testemunho público e (por que não?) prático. Ambas as Teologias (TP e TPrática) buscam, de alguma forma, fazer-se presentes na esfera pública e no comprometimento com

a vivência da realidade. Portanto, necessitam observar as demandas da sociedade e, colocando-as à luz da fé e da Escritura, discernir caminhos de sentido. Assim, o teólogo Leonardo Boff (2003) discorre uma ética teológica a ser aplicada na vida pública, ao conceituar o cuidado como prática da compaixão. Ou seja, “o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude [...] representa uma atitude de ocupação [...] e de envolvimento com o outro” (BOFF, 2003, p. 33).

Como diferenciar o CE do pastoral (ou religioso)? Dezorzi assevera que CE é “aquele que reconhece e responde às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza” (2016, p. 31). Por outro lado, em geral o cuidado pastoral (religioso) “consiste de atos de ajuda realizados por representantes cristãos, voltados para curar, guiar e reconciliar as pessoas em dificuldades, cujos problemas emergem no contexto de preocupações e significados últimos” (CLEBSCH; JAEKLE, 1964, p. 4).

Nessa esteira, pode-se entender que o cuidado pastoral necessariamente implica em CE – que pode demandar, por vezes, um cuidado pastoral específico, dependendo das circunstâncias. A pessoa da instituição que é responsável pela provisão de CE poderá, ela própria, atender às necessidades espirituais detectadas ou providenciar líderes religiosos com a devida competência para fazê-lo, de acordo com as necessidades em questão. Mas não há dúvidas de que a presença do/a Cuidador/a Espiritual fará toda a diferença, tanto no cuidado à pessoa idosa quanto nas orientações para a equipe e, ainda, para com a família.

Neste sentido, a TP e TPrática são chamadas a contribuir por meio da atividade de teólogos/as, e mesmo de comunidades religiosas, na prestação de cuidado e assessoramento espiritual competente, no contexto das ILPIs.

## Metodologia

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, optando-se pelo estudo de caso como estratégia metodológica. Oliveira destaca a “competência do estudo de caso enquanto método suficiente para identificar e analisar as múltiplas ocorrências de um mesmo fenômeno” (2002, p. 50), em vários casos. No presente estudo, buscou-se a obtenção de informações por meio de acompanhamento de uma idosa (Dona Benedita, 79 anos), de modo a permitir o aprofundamento de determinados assuntos que emergiram durante o processo e que estavam ligados à E/R, na ala de Longa Permanência de um Hospital Geriátrico no Norte Pioneiro do Estado do Paraná.

Para registro, adotou-se um Diário de Campo, no qual foram anotadas as observações realizadas nas visitas semanais. Este recurso “é o principal instrumento de trabalho de observação”, haja vista a ter como objetivo “registrar, em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa” (MINAYO, 2002, p. 63).

Esta pesquisadora foi convidada pelo médico diretor responsável do Hospital Geriátrico (Longa Permanência), juntamente com a equipe, para acompanhar e prover CE à idosa. Houve uma reunião em que foi discutida a importância da espiritualidade para a pessoa idosa e apresentados os relatos da equipe de profissionais acerca do comportamento depressivo, triste e desolador da participante. Em seguida, foram organizadas estratégias de cuidado, o que é uma atividade inédita na instituição. Foram realizados encontros semanais (todas as quartas-feiras, de junho a outubro de 2019) com aproximadamente uma hora e meia de atendimento. Este estudo analisa o processo de atendimento espiritual ocorrido nos encontros realizados nesse período de tempo.

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, por meio do Parecer n. 2.235.357 (23 ago. 2017). A pessoa idosa e seu representante legal assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como procedimento metodológico, o CE proposto foi estruturado a partir de três elementos fundamentais: a Escuta, a Acolhida e a Intervenção.

A pesquisa foi realizada no Hospital Geriátrico na cidade de Cornélio Procopio, Norte Pioneiro do Paraná. Este hospital foi inaugurado em 1989 e atende majoritariamente pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde. A entidade assume como sua missão proporcionar saúde e qualidade de vida para viver bem a maturidade, objetivando

a melhoria da expectativa da qualidade de vida do ser humano. Para isso, conta com uma equipe de trabalho multiprofissional voltada para a internação temporária e de longa permanência, pós-operatória e de reabilitação, de CP, repouso e estadia geriátrica.

O CE realizado baseou-se no tripé: 1) Escuta, 2) Avaliação dos recursos e das necessidades espirituais da participante, 3) e Acompanhamento do CE prestado. A escuta tem como finalidade identificar e compreender a ocorrência do sofrimento na pessoa humana, e estar atenta às suas necessidades. Com o reconhecimento de tais demandas por profissional Cuidador/a Espiritual ou Capelão/ã, bem como com a mensuração dos recursos utilizados, possibilitar-se-á a integração da espiritualidade no processo de saúde da pessoa idosa.

Foi utilizado questionário para o levantamento dos dados sociodemográficos. Para a avaliação dos recursos e necessidades espirituais, foram aplicados dois instrumentos: a Escala de *Coping* Espiritual Religioso – CER-BREVE (Esperandio *et al.*, 2018) e a Escala de Centralidade da Religiosidade – ECR (Esperandio *et al.*, 2019). A Escala CER-BREVE (14 itens) mede dois tipos de *coping*: o CER Positivo e o CER Negativo. Conforme Esperandio e colaboradores (2019) o CER Positivo refere-se ao sentido da espiritualidade, “a um relacionamento seguro com Deus, à crença de que existe um sentido na vida para ser buscado, e senso de conexão com os outros”; enquanto o CER Negativo “expressa-se por meio de um relacionamento menos seguro com Deus; uma visão de mundo frágil e ameaçadora e indica a presença de conflitos espirituais” (2019, p. 271).

Referindo-se à ECR, validada também no Brasil por Esperandio e colaboradores, verifica-se a confiabilidade e a multidimensionalidade da escala, pois ela pode ser usada não apenas para verificar a centralidade da religiosidade na vida dos indivíduos, mas também para prever e/ou explicar certas formas de comportamento humano nas quais a variável religiosidade desempenha papel importante (2019, p. 2).

Os resultados e discussão apresentados a seguir ilustram a possibilidade prática de CE no contexto em foco.

## Resultados e discussão

O presente estudo de caso foi um recorte de uma pesquisa mais ampla, o que possibilitou trazer à tona na prática e individualmente o processo do cuidar e atender as necessidades espirituais de uma idosa institucionalizada.

A espiritualidade propicia suporte para encontrar sentido para a existência (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018, p. 309). Nesse segmento, a pessoa idosa do presente estudo traz à tona forças espirituais e religiosas para enfrentar a angústia, a doença e o sofrimento em uma ILPI. A participante deste estudo é Dona Benedita (nome fictício), uma senhora de 79 anos, viúva e mãe de uma única filha (sua representante legal). Tem um neto, declara-se católica e sua escolaridade é mínima, visto que não completou as séries iniciais do Ensino Fundamental. Aposentada, atualmente residente em um Hospital Geriátrico na Longa Permanência, sob CP no Norte do Paraná.

O acompanhamento deu-se pela escuta, que foi realizada de modo a não intervir em nenhuma situação contada pela idosa. Ela relatou a percepção das modificações ocorridas em sua vida, na medida em que foi envelhecendo. Deixou claro que as transformações foram físicas (aparecimento das doenças e incapacidade funcional), ao mesmo tempo em que sua “cabeça” ainda está saudável. De fato, sua capacidade cognitiva parecia em ordem, pois narrava a história e lutas com lucidez.

Acolhimento e escuta estão de mãos dadas. Acolher significa “abrigar ou aceitar”. A atitude de acolher envolve o ato de escutar, assim entendem Brehmer e Verdi que afirmam: “é imprimir ao simples ato de ouvir a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro” (2010, p. 3271).

Em sua interpretação teológica, Souza (2015) observa que “escutar” é um ato sagrado para os cristãos. Deus escuta os lamentos, o grito do seu povo, e desce para libertá-lo: “o verbo “escutar” ou *Shāma*”, na tradição hebraica, tem o mesmo sentido de “estar ciente” ou o traduzido do grego bíblico como “prestar atenção” (SOUZA, 2015, p. 56).

Ao narrar sua história de vida, Dona Benedita, conta que perdera o pai aos seis anos de idade e a mãe faleceu quando ela completou 15 anos. Os irmãos mais velhos ajudaram a criar os menores. Dona Benedita era a quinta filha numa família composta por quatro irmãos e três irmãs. Hoje ela é a única sobrevivente. Desde muito cedo, começou a trabalhar na zona rural e, após casar-se, veio para a cidade. Com pouquíssimo estudo, trabalhou por aproximadamente 30 anos como funcionária doméstica. Disse ter tido uma vida muito difícil, com muitas lutas.

Dona Benedita relatou suas deficiências físicas, em especial uma ferida praticamente incurável no pé esquerdo. Segundo ela, o que mais a faz sofrer não é a “doença do pé”, mas o fato de permanecer internada na Longa Permanência. Deseja melhora ardentemente, a cada dia, pois diz sonhar com seu ambiente – sua casa. Relata ser a única pessoa lúcida na ala em que se encontra, e isso também traz sofrimento, pois conversa somente com os profissionais da instituição.

A idosa não tem conhecimento preciso de sua enfermidade e de suas condições físicas atuais. Nas palavras da Enfermagem, “Dona Benedita se internou inicialmente na ala de Longa Permanência por uma lesão por pressão na região tibial, devido à diabetes e insuficiência vascular, mas apresentou descompensação, na sequência, quando também se identificou insuficiência cardíaca grave”. A partir de então, conforme relato médico, corre risco de ter parada cardíaca a qualquer momento, sem chance de cirurgia ou outro tratamento. Como ficava sozinha em sua residência, a família a internou para maiores cuidados.

Nesse dia, foi muito doloroso falar sobre a doença que a fez ficar internada. A cada dia, Dona Benedita descobre-se a si mesma no sofrimento, sentindo-se forçada a romper com a vida que levava. Ela cuidava da sua casa, dos animais, das plantas, etc. Nessa experiência da dor, o que mais se acentua é a forma como ela lida com as perdas que a doença lhe trouxe.

Durante a narrativa de sua história, Dona Benedita diz ter tido uma vida inteira dedicada a Deus, em oração e participação na comunidade de fé. Nas suas palavras: “rezei e vivenciei a oração no meu dia a dia”. Disse ter buscado a paz interior, um bom relacionamento com as pessoas e o amor à família. Animada por um espírito de vida e de força, à luz do Salmo (39, 8): “E agora, Senhor, o que posso esperar? Em ti se encontra a minha esperança”.

Dona Benedita coloca-se nas mãos de Deus, na condição de doente física, mas não como doente espiritual. Ela enfrenta os desafios e as dificuldades por meio de sua fé. O tempo da doença no internamento tornou-se, para a participante, tempo privilegiado de oração, entendida aqui como busca de união cada vez mais intensa e mais profunda com Deus.

Na aplicação das escalas, a ECR indicou que a participante do estudo utiliza-se da religiosidade como sendo central na sua vida, caracterizando-a como “Altamente Religiosa” em todas as dimensões da escala (Intelectual, Ideológica, Prática Pública, Prática Privada e Experiência Religiosa). De acordo com os Parâmetros de Interpretação dos escores da CRE-Breve (14), apontou-se média altíssima (M=5.0) no uso de estratégias de *coping* espiritual/religioso positivo e média baixa (M=2.0) no CER Negativo.

Nos encontros com Dona Benedita, ela manifestou suas necessidades espirituais expressas como “necessidades religiosas”, tais como o desejo de receber visitas do padre, que, para ela, tem grande valor, pois remete a Deus, e o desejo de participar do ritual de sua confissão de fé, a missa, na Igreja Católica. Apesar de a instituição oferecer assistência religiosa, Dona Benedita tinha necessidade de se fazer presente na comunidade de fé e de estar “na casa do Pai”. Ela expressava o desejo de tomar a Eucaristia: “falta algo, tenho necessidade de me alimentar com o Cristo”, com o sustento para a fé (“Quem come a minha carne e bebe o meu sangue tem a vida eterna e eu o ressuscitarei no último dia”, Jo 6,54). Por último, manifestou o desejo de “pagar uma promessa”.

Nesse sentido, Dona Benedita apresenta “religiosidade” do tipo intrínseco, próprio das pessoas altamente religiosas. Segundo Allport e Ross (1967), a religiosidade intrínseca é constante e internalizada. A pessoa vive a religião que atribui significado a sua vida, enquanto que, em sentido oposto, a pessoa com religiosidade extrínseca serve-se

da religião para atingir outros fins. Para maior compreensão, assim definem os autores: os extrínsecos usam da religião, enquanto os intrínsecos a vivenciam (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

A partir da identificação das necessidades, pôde-se partilhar e discutir, em reuniões com a equipe multiprofissional, em trâmites legais e familiares, sobre a possibilidade da saída dela da Instituição. Com o acompanhamento da equipe multiprofissional, foi viabilizada a visita do sacerdote e saídas para ir à igreja, juntamente com a filha. Além disso, foi permitida uma saída para “pagar a promessa” e ainda ir para casa a fim de receber visitas de parentes e vizinhos.

A intervenção refletiu-se, nitidamente, no bem-estar e qualidade de vida da Dona Benedita, e também a aproximou mais de sua filha. Não resta dúvida de que a atuação da Cuidadora Espiritual faz toda a diferença dentro da equipe multiprofissional, haja vista ao resultado do presente estudo. Toda equipe necessita ser preparada e/ou assessorada pelo/a profissional Cuidador/a Espiritual com alguns conhecimentos básicos de tradições espirituais e religiosas (LEGET, 2018, p. 8), a fim de melhor acompanhar e talvez até atender as necessidades da pessoa institucionalizada.

Em contexto assim, afirma-se que Dona Benedita vale-se da E/R como fonte de sentido e recurso para enfrentamento das situações de sofrimento e doença, ao longo da vida. Por outro lado, se percebeu que a presença de Cuidadora Espiritual para realizar o atendimento, juntamente com a equipe multiprofissional, pôde prover a assistência, resultando no bem-estar e em melhor qualidade de vida.

## Considerações finais

O estudo de caso trouxe à tona a relevância dos CE à pessoa idosa. Tal cuidado é tão importante quanto a questão física ou social. Dele se extraem comportamentos de superação e enfrentamento dos sofrimentos vivenciados nessa fase, especialmente por estar longe do respectivo ambiente familiar.

Os dados obtidos por meio do estudo de caso apontaram que a pessoa idosa (Dona Benedita) se vale da E/R como recurso de enfrentamento durante toda a sua trajetória, mas, em especial, no período de institucionalização. O resultado indicou o CER Positivo, e ainda, utiliza-se da religiosidade como sendo central na sua vida, caracterizando-a como ‘Altamente Religiosa’ em todas as dimensões da escala. A provisão do CE tornou-a pessoa idosa motivada a superar com mais tranquilidade os desafios vivenciados nesta fase. Suas respostas e interações mostraram o CE alinhado às necessidades espirituais/religiosas. Tal pesquisa reforçou ainda mais o que já vem sendo estudado sobre a importância do cuidado espiritual e de seus desdobramentos, no que tange ao atendimento de toda a equipe multiprofissional, com seus olhares distintos, numa atitude humanizada e com abordagem ampla do cuidado.

Tem-se, neste estudo, elementos com os quais se pode afirmar a urgência da presença de profissionais com competência para o atendimento das demandas espirituais da pessoa idosa. A equipe multiprofissional, ao perceber algo fora do alcance de competência teórico-técnica, solicitou o suporte de uma cuidadora espiritual para atendimento específico das necessidades espirituais da idosa. O suporte espiritual requerido ofereceu escuta às necessidades espirituais e foi avaliado como eficaz, pois, houve maior adesão ao tratamento, com consequentes melhorias no estado geral de saúde da paciente. Tais percepções foram relatadas pela equipe multiprofissional. As práticas religiosas da idosa tinham um papel central em sua vida (isso foi evidenciado no resultado da aplicação da Escala da Centralidade da Religiosidade) e, ao ser atendida em suas necessidades religiosas, a paciente sentiu-se fortalecida em sua dimensão existencial central. A dignidade foi promovida por meio de uma escuta que reconheceu e validou seus valores e crenças.

Assim, fica comprovado que a equipe precisa estar em sintonia e realmente preocupada com o bem-estar global da pessoa idosa. Todos devem estar atentos a diferentes manifestações possíveis, que ora podem ser de cunho psicológico, ora sociais, ora espirituais. Com isso, entende-se que, dentro da sua área específica de atuação e

formação, cada profissional poderá colaborar no levantamento das necessidades espirituais apresentadas pela pessoa idosa, a fim de prover o devido atendimento e/ou encaminhamento. No entanto, dentro do cuidado holístico, se observa que o CE ainda é incipiente para a equipe, configurando a necessidade do/a Cuidador/a Espiritual na equipe multiprofissional.

Reflexões sobre a integração do CE no atendimento às pessoas idosas institucionalizadas ainda são escassas no Brasil e representam um grande desafio, pois, para o trato com a dimensão espiritual, também há a necessidade de ampliação do conhecimento, o que exige o desenvolvimento de novas pesquisas nas práticas em CE em saúde, bem como na formação dos profissionais. Nesse sentido, chama-se a atenção para a TP e para a TPrática, que podem contribuir de forma efetiva para a sociedade contemporânea.

## Referências

- APPLEBY, A. et al. GPs and spiritual care: signed up or souled out? A quantitative analysis of GP trainers' understanding and application of the concept of spirituality. *Education for Primary Care*, London, v. 29, n. 6, p.367–75, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1531271>.
- ALMINHANA, L. O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 153-161. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000400005>.
- ALLPORT, G.; ROSS, M. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, v. 5, p. 432-443, 1967. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- AMOAHA, C. F. A importância central da espiritualidade nos cuidados paliativos. *Revista Internacional de Enfermagem Paliativa*, v. 17, n. 7, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, e03312, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.
- BARBOSA, R. M. M. et al. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsaludona.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a10.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.
- BEST, M. et al. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BioMed Central Palliative Care*, London, v. 19, n. 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>.
- BÍBLIA de Jerusalém. São Paulo: Paulinas, 1986.
- BOFF, C. *O livro do sentido: crise e busca de sentido hoje*. São Paulo: Paulus, 2014.
- BOFF, L. *Publicações*. 2003. Disponível em: <[www.leonardoboff.com](http://www.leonardoboff.com)>. Acesso em: 30 dez. 2020.
- BONHOEFFER, D. *Resistência e submissão: cartas e anotações escritas na prisão*. Trad. Nélio Scheneider. São Leopoldo. RS. Sinodal. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Tripartite. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. *D.O.U.*, Seção 1, Edição 225, p. 276, 23 nov. 2018.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, (Supl. 3), p. 3569-3578, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>.

CLEBSCH, W. A.; JAEKLE, C. R. *Pastoral care in historical perspective*. Englewood Cliffs: Prentice Hall International, 1964.

DEZORZI, L. W. *Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde*. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/149601>. Acesso em: 20 out. 2019.

EDWARDS, A. *et al.* The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, Vilvoorde, v. 24, n. 8, p. 753-770, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping-SRCOPE-14. *Religions*, Basel, v. 9, n. 31, p. 1-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9010031>.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Envelhecimento e espiritualidade: o papel do *coping* espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 23, n. 02, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.65381>.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 3, p. 554-63, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>.

FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faado65b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

GAMOND, C.; LARKIN, P. PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 2. *European Journal of Palliative Care*, Vilvoorde, 2013. Disponível em: [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6\\_EJPC203Gamondi\\_part2\\_0](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/6_EJPC203Gamondi_part2_0).

PDF. Acesso em: 30 jan. 2013.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

HIGUERA, J. C. B. *et al.* Cuidado espiritual em cuidados paliativos. Avaliação e experiência do usuário. *Medicina Paliativa*, Madrid, v. 20, n. 3, p. 93-102, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>.

KALE, S. S. Perspectivas sobre cuidados espirituais no Hospice Africa Uganda. *International Journal of Palliative Nursing*, London, v. 17, n. 4, p. 177-82, abr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.4.177>.

- KANDASAMY, A.; CHATURVEDI, S. K.; DESAI, L. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced câncer. *Indian Journal of Cancer*, Indian, v. 48, n. 1, p. 55-9, jan./mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-509X.75828>.
- KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, p. 1, p. 5-7, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700002>.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University, 2001.
- LEGET, C. Spirituality in palliative care. *Textbook of Palliative Care*, 2018. p. 1-11. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0\\_28-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_28-1).
- LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.
- MELO, C. F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. DOI: 10.12957/epp.2015.17650.
- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 41-42, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a01v37n2>. Acesso em: 7 set. 2019.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- NOLAN, S.; SALTMARSH, P.; LEGET, C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*, Vilvoorde, v. 4, p. 86-89, 2011. Disponível em: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:57273186>. Acesso em: 28 jul. 2023.
- OLIVEIRA, S. L. *Metodologia científica aplicada ao direito*. São Paulo: Thomson Learning, 2002.
- OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.
- PESSINI L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.
- PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700017>.

- POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality: linkages to physical health. *American Psychologist*, Washington, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.36>
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine*, USA, v. 3, n. 1, p. 129–137, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
- ROGERS, C. *Um jeito de ser*. Trad. Maria Cristina Machado Kupfer, Heloísa Lebrão Yone Souza Patto. Revisão da Trad. Maria Helena Souza Patto. São Paulo: E.P.U., 1987.
- SANTOS, F. S. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu, 2011.
- SATHLER-ROSA, R. *Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea*. 2. ed. Dona São Paulo: Aste, 2010.
- SCORTEGAGNA, H. M.; PICHLER, N. A.; FÁCCIO, L. F. Vivência da espiritualidade por pessoa idosas institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 304-311, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180011>.
- SILVA, D. I. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 353-358, 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17550/13966>. Acesso em: 10 set. 2019.
- SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. et al. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1307-1315.
- SOUZA, F. F. P. R. et al. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, USP Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>.
- SOUZA, J. N. *Cristianismo: a religião do diálogo*. São Paulo: Fonte Editorial, 2015, p. 56.
- VALLURUPALLI, M. et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation. *The Journal of Supportive Oncology*, [S.L.] v. 10, n. 2, p. 81-87, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>

---

RECEBIDO: 14/03/2023  
APROVADO: 28/08/2023

RECEIVED: 14/03/2023  
APPROVED: 28/08/2023