

Cuidado espiritual nos Cuidados Paliativos: o Modelo Diamante como referencial teórico-prático

*Spiritual care in palliative care: the Diamond Model as a
theoretical and practice-oriented framework*

Mary Rute Gomes Esperandio ^[a] 

Curitiba, PR, Brasil

^[a] Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Carlo Leget ^[b] 

Tilburg, Holanda

^[b] University of Humanistic Studies

Como citar: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; LEGET, Carlo. Cuidado espiritual nos Cuidados Paliativos: o Modelo Diamante como referencial teórico-prático. *Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral*, Curitiba: Editora PUCPRESS, v. 18, e2633680, 2026. DOI: <http://doi.org/10.7213/2175-1838.18.e2633680>

Resumo

Nos Cuidados Paliativos (CP), o cuidado espiritual é reconhecido como dimensão essencial do cuidado integral; contudo, no Brasil, ainda são escassos modelos sistematizados e formação específica para sua aplicação profissional, especialmente no âmbito da capelania hospitalar. Este ensaio apresenta, de modo detalhado, o Modelo Diamante de cuidado espiritual nos CP e discute sua aplicabilidade para a prática profissional. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, de natureza conceitual e propositiva, fundamentado

^[a] Doutora em Teologia pela Escola Superior de Teologia, e-mail: mresperandio@gmail.com

^[b] Doutor em Filosofia pela Catholic Theological University of Utrecht, em Utrecht, Holanda, e-mail: c.leget@uvh.nl

na literatura científica sobre cuidado espiritual e CP, com ênfase no Modelo Diamante. O modelo oferece um itinerário de cuidado orientado pela identificação de tensões e necessidades espirituais nesse contexto, favorecendo a avaliação e o acompanhamento do sofrimento espiritual. Ao propor uma linguagem estruturada e clinicamente aplicável, o Modelo Diamante pode fortalecer a atuação profissional da capelania e favorecer sua integração às equipes interdisciplinares. Conclui-se que o avanço do cuidado espiritual no Brasil requer ampliação de pesquisas, formação qualificada e maior integração interdisciplinar, visando consolidar práticas éticas, competentes e contextualizadas.

Palavras-chave: Necessidades espirituais. Modelo Diamante. Capelania Profissional. Espiritualidade e Saúde. Cuidado espiritual.

Abstract

In Palliative Care, spiritual care is recognized as an essential dimension of holistic care; however, in Brazil, systematized models and specialized training to support its professional application remain scarce, particularly within hospital chaplaincy. This essay presents, in detail, the Diamond Model of spiritual care in Palliative Care and discusses its applicability to professional practice. This is a theoretical-reflective essay, conceptual and practice-oriented, grounded in the scientific literature on spiritual care and Palliative Care, with an emphasis on the Diamond Model. The model offers a care pathway guided by the identification of spiritual tensions and needs in this context, supporting the assessment and follow-up of spiritual suffering. By providing a structured and clinically applicable framework, the Diamond Model can strengthen professional chaplaincy and foster its integration into interdisciplinary teams. We conclude that advancing spiritual care in Brazil requires the expansion of research, qualified training, and stronger interdisciplinary integration, aiming to consolidate ethical, competent, and context-sensitive practices.

Keywords: *Spiritual needs. Diamond Model. Professional chaplaincy. Spirituality and Health. Spiritual care.*

Introdução

Dizem que a Arte se antecipa à Ciência. Exemplo dessa afirmação pode ser visto na obra de Tolstói (1886/2009), o romancista russo que, com precisão, descreveu a experiência de dor e de sofrimento insuportáveis durante o processo de morrer de um homem chamado Ivan Ilitch. Essa novela de ficção, *A Morte de Ivan Ilitch*, foi publicada em 1886. Nela, Tolstói narra com detalhes o que foi a morte desse jovem juiz no auge de sua carreira pública, com 45 anos de idade, casado, pai de um casal de filhos, que morreu em decorrência de uma doença incurável, com dores alucinantes. Os médicos, não sabendo mais o que fazer em termos curativos, deixaram de cuidar dele, abandonando-o com sua “dor total” – entendida como dor que inclui sintomas físicos, sofrimento mental, problemas sociais e sofrimentos emocionais (Saunders, 2004). Tolstói descreve a morte de Ivan, destacando que seu sofrimento se exacerbava à medida que se dava conta da solidão em que vivia e da falta de sentido que foi sua vida.

Embora seja uma novela de ficção, *A Morte de Ivan Ilitch* é uma narrativa atemporal sobre o enfrentamento da finitude em situação de enfermidade grave e do impacto da dimensão espiritual e do sentido na percepção da dor e do sofrimento. A sensibilidade do escritor não apenas mostra o quanto o sofrimento é potencializado quando não se encontra sentido para a experiência vivida, mostra também o quanto a forma de exercer o cuidado da pessoa enferma pode aliviar a dor e o sofrimento decorrentes da falta de sentido, funcionando como vetor de promoção da dignidade humana no encerramento da biografia. Ivan Ilitch morre em sofrimento físico e espiritual, sem receber o que hoje se denomina Cuidados Paliativos (CP).

De 1886 até os dias de hoje, as tecnologias no campo da saúde muito têm se desenvolvido. Mas será que o cuidado da pessoa que enfrenta uma enfermidade grave tem se desenvolvido em igual medida? O avanço tecnológico tem contribuído de modo significativo no controle de sintomas (dor, problemas respiratórios, questões de nutrição etc.), aumentando a resiliência do organismo e prolongando a vida por meio da produção de novos medicamentos e aparatos.

Contudo, apesar desses avanços, o Brasil ocupa o 79º lugar entre 81 países no *ranking* mundial da qualidade da morte (Finkelstein *et al.*, 2022). Isto é um retrato contundente da distância entre o progresso tecnológico e o cuidado humano no fim da vida, revelando que, embora se saiba como prolongar a vida, ainda não se aprendeu plenamente a cuidar de quem está morrendo. Parece, assim, que as tecnologias e o cuidado técnico têm ocupado lugar de proeminência e têm seus benefícios. Ao mesmo tempo, entretanto, tais benefícios colocam a sociedade frente a um paradoxo esdrúxulo: de um lado, a oferta de procedimentos de alta tecnologia com poder de prolongar a vida, mas com a consequência, no limite de seus usos, de uma prática caracterizada como “obstinação terapêutica” ou distanásia (Pessini, 2007). Em outras palavras, um cuidado “à beira do abismo”, posto que prolonga a vida a um alto preço de sofrimento e dor. Por outro lado, estas ofertas de cuidado fazem emergir uma luta pelo exercício da autonomia, e expressa o que tem sido caracterizado como “direito de decisão sobre a própria vida e morte”, a eutanásia (Pessini, 2007). Assim, o cuidado “desproporcional”, desequilibrado, sem uma integração de todas as dimensões humanas, gera uma forma de cuidado no mínimo estranha, tomando o corpo físico como objeto de intervenções desmedidas sem consideração de sua dimensão imaterial, ou, espiritual.

Neste contexto, levanta-se a questão sobre a forma como o ser humano pode enfrentar uma doença grave, progressiva, sem possibilidade de cura. Pergunta-se: as tomadas de decisão estariam, então, condenadas a orbitar entre os polos da distanásia (“prolongamento da vida” a qualquer custo) e da eutanásia (“abreviação da vida”)?

No debate bioético brasileiro, tem-se utilizado também o termo ortotanásia para caracterizar o morrer no tempo certo, com recusa de intervenções desproporcionais e foco no conforto, na dignidade e na proporcionalidade terapêutica. Para além dessas categorias, o moderno movimento *hospice* tem sido compreendido como portador de um ideário ampliado de “boa morte”, que não se limita à suspensão de

tratamentos, mas enfatiza o processo do morrer como experiência humana dotada de sentido. Nesse contexto, Floriani (2013) propõe o conceito de *kalotanásia*, entendido como um modo de morrer mais suave, socialmente compartilhado e marcado por uma disposição existencial que atribui sentido à morte e ao morrer. Tal concepção destaca que a ausência de sentido intensifica o sofrimento, enquanto a possibilidade de resignificação da experiência pode transformar a vivência do fim da vida. Sob essa perspectiva, o sofrimento de Ivan Ilitch pode ser lido como a antítese desse ideário: uma morte solitária e dolorosa, na qual a falta de sentido exacerba a percepção da dor, reforçando a relevância de modelos de cuidado espiritual capazes de favorecer a busca de sentido no processo de morrer.

Como prover cuidado face ao enfrentamento da morte, com base em valores tais como autonomia e dignidade? Como prover uma “morte digna” ou melhor, um “cuidado digno”, sem a negligência que caracterizou o personagem da obra de Tolstói? O que essa peça literária tem a nos ensinar acerca do cuidado espiritual no cenário de uma doença grave e sem possibilidade de cura? Haveria, hoje, um modelo de cuidado capaz de atender “Ivans” que estão morrendo sem o cuidado do qual precisam? Este ensaio apresenta “a arte de morrer”, ou o Modelo Diamante de cuidado espiritual, desenvolvido pelo pesquisador holandês, Carlo Leget (2007; 2017a). Esse modelo tem sido usado em vários países europeus e, atualmente, foi adaptado como um instrumento para monitorar a dimensão espiritual de pacientes em CP, o Utrecht Symptom Diary-4 Dimensional - USD-4D (De Vries *et al.*, 2021). Trata-se, pois, de um ensaio teórico-reflexivo, de natureza conceitual e propositiva, fundamentado na literatura científica sobre cuidado espiritual e CP, com ênfase no Modelo Diamante de cuidado espiritual, apresentado como uma ferramenta prática para ser utilizada, tanto por capelães quanto por profissionais da saúde que desejam atender às necessidades espirituais de pessoas enfermas. O ensaio discute ainda, as implicações do Modelo Diamante para a atuação profissional da capelania e de equipes interdisciplinares em CP.

Cuidado espiritual no cenário dos Cuidados Paliativos: a premência de sua integração na assistência às pessoas enfermas

Estudos apontam que a espiritualidade tem efeito moderador sobre fatores associados ao sofrimento no fim da vida, incluindo dor (Oliveira *et al.*, 2020), depressão (Nelson *et al.*, 2002), perda de dignidade (Chochinov, 2023) e desejo de morte antecipada (Wilson *et al.*, 2007). A assistência espiritual colabora, também, nas tomadas de decisão (Leget, 2017a; 2017b) e na resolução de conflitos psicológicos e espirituais no processo de terminalidade, podendo ser considerada um dos maiores indicadores de boa assistência em fim de vida (Williams, 2006). Conforme a Organização Mundial da Saúde, o cuidado espiritual é um componente intrínseco às boas práticas de CP (Connor, 2020, p. 13). Quando as questões espirituais são abordadas de forma inadequada, isso pode resultar em angústia espiritual, como perda de dignidade, falta de sentido, desesperança, crenças religiosas conflitantes, culpa, desmoralização, ameaça à continuidade do eu e incapacidade de encontrar conforto espiritual (Sinclair; Chochinov, 2012).

Vale notar, ainda, que não apenas no contexto dos CP, mas nos diversos cenários de hospitalização e de cuidado de pessoas enfermas, estudos demonstram que quando as necessidades espirituais das pessoas enfermas são atendidas, há menor prevalência de depressão (Koenig; George; Peterson, 1998); maior sensação autorreportada de bem-estar (Balboni, M.; Balboni, T., 2019; Balboni, T. *et al.*, 2011; Gijssberts *et al.*, 2019); menor dor e mais energia em pacientes com câncer e maior adesão ao tratamento (Sherman *et al.*, 2005); menor índice de re-hospitalização (Balboni, M. *et al.*, 2014); menor demanda sobre as equipes de enfermagem (Koenig; McCullough; Larson, 2001); e melhora no enfrentamento de sintomas no contexto da Saúde Mental (Hefti, 2011).

De modo notável, estudos destacam, ainda, diminuição de custos financeiros, causando um impacto econômico significativo na distribuição de recursos para a Saúde. Isto foi observado nos estudos de Balboni

et al. (2011), nos quais os autores apontaram menor uso de Unidades de Tratamento Intensivo. Já Cummings e Pargament (2010, p. 44) destacam impacto econômico em função de menos tempo de hospitalização. Estes autores fazem referência a uma pesquisa conduzida por Iler, Obenschain e Camac (2001) sobre uma significativa redução no tempo de hospitalização, de 3.3 dias a menos do que o grupo controle que não recebeu cuidado espiritual ou nenhuma visita do capelão hospitalar.

Todas essas considerações evidenciam que cuidar da dimensão espiritual em situações de enfermidade e, em especial, no fim da vida, é um processo delicado. Este ensaio parte da perspectiva de “dimensão espiritual” tal como proposta pelo Grupo de Trabalho da *European Association for Palliative Care*, que a conceitua como

a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a forma como as pessoas (individualmente e em comunidade) experienciam, expressam e/ou procuram significado, propósito e transcendência, e a forma como se ligam ao momento, a si próprios, aos outros, à natureza, ao significativo e/ou ao sagrado (Nolan; Saltmarsh; Leget, 2011).

É importante salientar que a “abordagem” da espiritualidade com vistas a sua integração na prática de cuidar não é o mesmo que fazer cuidado espiritual. Uma abordagem da espiritualidade pode ser realizada com um pouco de treinamento em algumas ferramentas específicas para isso, como o acrônimo FICA (Fé; Importância da Fé; Comunidade Religiosa a qual pertence; Atender às necessidades espirituais). Essa ferramenta foi desenvolvida por Christina Puchalski, diretora do Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde (Puchalski; Romer, 2000).

O cuidado espiritual, propriamente dito, diz respeito, sobretudo, a uma prática de cuidado. Fundamentado na perspectiva de espiritualidade enunciada nas linhas anteriores, tem-se então que o cuidado espiritual não é sinônimo de “cuidado religioso”. O cuidado religioso busca dar assistência às necessidades estritamente religiosas de uma pessoa, a partir de um quadro de referência religioso, geralmente confessional, vinculado a dogmas e doutrinas, que assume uma perspectiva ética específica, em alinhamento com a religião que define seus contornos e orienta escolhas morais (Esperandio, 2014). O cuidado espiritual, por sua vez, diz respeito a

um tipo de assistência fundamentado na identificação e atenção a demandas ligadas à espiritualidade. [...] Inclui ajudar as pessoas na busca por sentido, propósito, esperança e conexão em situações que parecem profundamente sem sentido ou esperança, como em caso de doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da existência. Cuidado espiritual implica olhar acurado, escuta atenta e compassiva, que acolhe a pessoa que sofre, buscando minimizar seu sofrimento, seja ele físico, emocional, psicossocial ou espiritual (Esperandio; Leget, 2020a, p. 546).

A provisão de um cuidado espiritual benéfico à pessoa enferma passa pelas competências pessoais e profissionais de quem cuida (Leget; Boelsbjerg, 2023). É um processo essencialmente relacional que emerge no encontro entre duas ou mais pessoas, envolvendo múltiplas dimensões da realidade: a natureza hermenêutica do cuidado espiritual; o próprio contexto (o espaço) onde se dá tal encontro e o modo como esse processo se desenrola: perpassado por uma escuta sensível, marcado por uma postura aberta ao que está acontecendo naquele momento único, que acolhe a vulnerabilidade por meio de uma presença plena (Leget; Boelsbjerg, 2023, p. 83-84).

Um estudo de revisão da literatura científica produzida no Brasil sobre espiritualidade nos CP (Esperandio; Leget, 2020b) apontou que, em relação à prática do cuidado espiritual, especificamente, esse tema é pouco investigado, sua noção não é clara; há pouquíssimos modelos disponíveis; não há protocolo específico ou treinamento sobre como realizá-lo, ficando dependente da vontade, intuição e da própria espiritualidade de profissionais da saúde. O estudo mostrou ainda que tal cenário é decorrente do fato que

profissionais da saúde têm dificuldade de reconhecer as necessidades espirituais e, por conseguinte, de atendê-las. Porém, quando as reconhecem, em geral não sabem o que fazer. Em uma amostra de 242 pacientes em cuidados de fim de vida, Carvalho *et al.* (2019) encontraram que menos de 15% dos/as pacientes tiveram suas necessidades espirituais atendidas e/ou receberam apoio psicológico.

A partir do cenário aqui exposto, a proposta apresentada contribui tanto para o incremento do trabalho de capelães que, geralmente, não possuem formação específica (em sua maioria, são líderes religiosos chamados pelo hospital para prestar, voluntariamente, o trabalho de assistência espiritual), quanto para instrumentalizar profissionais da saúde que desejam integrar o cuidado espiritual em suas práticas e não sabem como fazê-lo. Assim, emerge a pergunta: “como oferecer cuidado espiritual, na prática, no contexto dos Cuidados Paliativos?”.

Começando com o espaço interior – o centro do cuidado espiritual

Espaço interior de quem? Por que começar com o espaço interior? Não há como exercer o cuidado espiritual para o outro sem exercer também um cuidado de si mesmo. A qualidade do cuidado espiritual está intimamente ligada ao espaço que o/a profissional do cuidado é capaz de fornecer a outrem. O espaço interior de quem fornece cuidado espiritual precisa comportar também a outra pessoa, ora enferma, para que o cuidado seja viabilizado. É por isso que o exercício do cuidado espiritual convoca a olhar para o próprio espaço interior, permanecendo aí, “contemplando-o”.

Às vezes é possível “investigar” o espaço interior de um modo cognitivo, racional. Contemplar o espaço interior, porém, diz respeito a entrar em contato com as emoções, sensações e sentimentos. Essas sensações e emoções podem levar a pessoa para um lugar, muitas vezes, de sofrimento. Deparar-se com o sofrimento demanda entrar em contato com o sentido (ou com a perda de sentido) que é colocada naquela experiência. O acesso ao espaço interior e o olhar para os sentidos colocados na experiência permite perceber “sentidos previamente prontos”, imputados *a priori*, que podem ser limitadores de uma percepção mais ampla para a experiência presente. Conectar-se com o próprio espaço interior e o do outro no momento presente é o que caracteriza a “presença plena”. A presença física não garante presença plena. Se o espaço interior estiver fechado, nada acontece. Mas se for aberto à conexão com o outro, por meio da presença plena, algo inusitado poderá emergir. Para isso, é preciso, também, tempo e silêncio, sem a preocupação de preencher os silêncios. Por vezes, a mente transporta o ser humano para um “não-lugar” provocando a desconexão com o outro. Quando isso ocorre, já não estamos mais presentes, nosso espaço interior se fechou e não estamos mais conectados com o outro à nossa frente. A saída é apenas reconhecer que houve um “fechamento” do espaço interior e retornar para esse lugar de abertura, de potência de um cuidado simultâneo – de si mesmo/a e da outra pessoa que necessita de cuidado.

No livro *Art of living, Art of Dying* (Leget, 2017a, p. 59-61), o autor ilustra o conceito de espaço interior por meio de uma narrativa apresentada pela escritora, psicóloga e paliativista francesa, Marie de Hennezel. Trabalhando com pacientes com enfermidades terminais em um hospital de Paris, a psicóloga conta em seu livro, *Intimate Death* (Hennezel, 1997), sobre um amigo pessoal que decidiu pôr fim à sua própria vida. Seus pais sofriam de demência na velhice e ele estava determinado a não ter o mesmo fim. Por conta disso, ele planejou terminar sua vida aos 65 anos buscando viver, até essa idade, o mais plenamente possível. Porém, ele não queria ficar sozinho em seus últimos momentos e perguntou à Hennezel se ela estava disposta a estar com ele, como a amiga mais próxima. Ele não lhe pedia ajuda para terminar com a própria vida, mas apenas para estar lá. A autora descreve como, ao ouvir essa pergunta, sua primeira reação foi de raiva, resistência e desapontamento. Mas Hennezel não respondeu reativamente. Abriu um espaço interior para conectar-se com o espaço interior de seu amigo, entendendo que por trás daquele pedido havia uma pergunta mais importante: se podia contar com ela como amiga, mesmo nos momentos mais

diffíceis. Ela prometeu estar lá, embora achasse tal plano um absurdo. A autora descreve como a abertura de seu espaço interior permitiu também a seu amigo criar um novo espaço em sua alma permitindo-lhe ter confiança no futuro novamente.

Como observa Leget, esta história é bastante ilustrativa do conceito de espaço interior e demonstra porque este é tão central para a arte de morrer. Hennezel experienciou em seu espaço interior emoções conflitantes, mas soube encontrar um equilíbrio e escolheu respeitar o pedido de seu amigo. O autor observa que o espaço interior de Hennezel parecia ter sido transferido para o amigo pela forma como respondia a ele, pois alguns meses mais tarde, o espaço interior de seu amigo também havia se modificado.

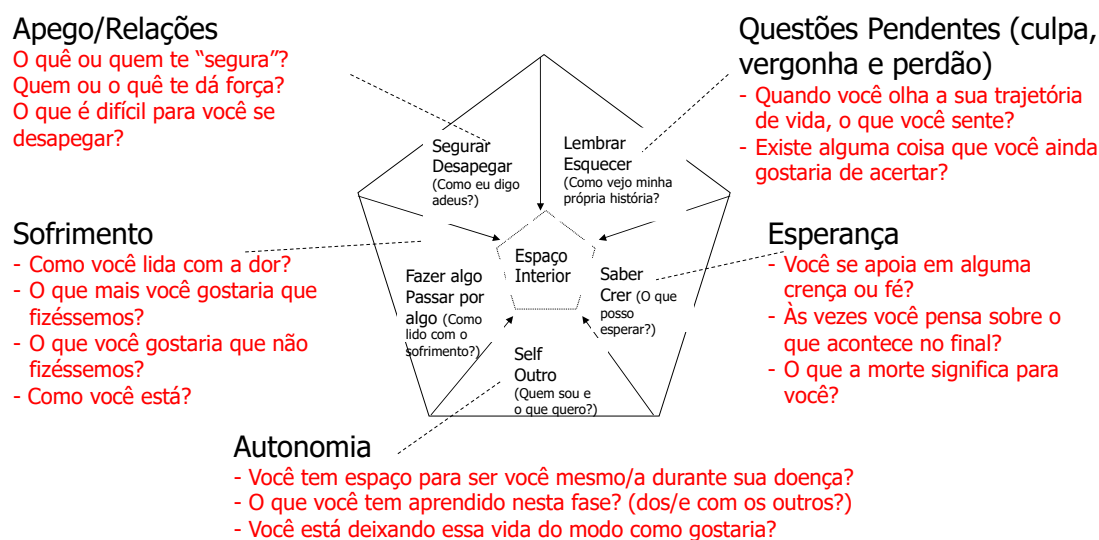
O espaço interior não é limitado à mente ou ao corpo. Ele é mais bem compreendido como uma metáfora que “situa-se na encruzilhada da espiritualidade, da psicologia, da capelania, da ética e do serviço social. Está aberto à dinâmica que desempenha um papel em todas essas disciplinas e pode ser traduzido e trabalhado em termos dos conceitos e estruturas que lhe são centrais” (Leget, 2017a, p. 63, tradução nossa). Além disso, é facilmente conectado às grandes tradições espirituais, como o Cristianismo, Islamismo, Judaísmo, Hinduísmo, Budismo e outras. Ao mesmo tempo não se limita às tradições religiosas, mas diz respeito aos elementos dessas tradições que estão relacionados a um pano de fundo antropológico compartilhado. Isso, entretanto, “não significa que possa ser encontrado em todos os lugares no mesmo grau. Algumas tradições espirituais são mais focadas no espaço interior do que outras” (Leget, 2017a, p. 63, tradução nossa).

De que forma o espaço interior pode ser lugar para a prática do cuidado espiritual em situações de enfermidade ameaçadoras da continuidade da vida? A partir dessa pergunta investigativa, Leget encontrou um modelo na história, precisamente, durante o período da “peste negra”, no século XIV, uma pandemia que devastou mais de 60% da Europa Ocidental. O modelo da arte de morrer bem foi inspirado na Teologia medieval, representada nas 11 xilografias que expressam a luta espiritual final (travada entre anjos e demônios) experienciada pela pessoa em seu leito de morte, no período medieval. A arte de morrer bem era vista como a arte de fazer as escolhas certas, não ceder às tentações demoníacas e se apegar à inspiração e orientação dos anjos e santos (Leget, 2017a).

A proposta prática de Cuidado Espiritual nos Cuidados Paliativos como “Arte de Morrer Bem”: o Modelo Diamante

Inspirado na tradição medieval da arte de morrer bem, o Modelo Diamante consiste em cinco temas que expressam, cada um, suas polaridades próprias (conflitos espirituais envolvidos no processo de morrer) (Leget, 2017a). Esses temas compõem a dimensão espiritual e estão dispostos em um modelo claro, podendo ser, desse modo, de grande ajuda para a pessoa enferma, cuidadores e familiares. O modelo pode ser útil tanto para fazer as próprias escolhas quanto para a comunicação entre as diferentes partes envolvidas (Leget, 2007, p. 315). Em cada um desses temas, são sugeridas algumas perguntas-chave para guiar uma conversa, tal como mostrado na figura do diamante (Figura 1).

Figura 1 – Modelo Diamante



Fonte: Esperandio; Leget, 2022.

Autonomia (Polaridade: Eu & o Outro) – Pergunta-chave: Quem eu sou e o que realmente eu quero?

Na arte de morrer do período medieval, o que hoje é compreendido como “autonomia” (que significa a relação entre si e os outros e a posição pessoal nesse campo), era visto em referência aos termos complacência (orgulho) de um lado e humildade do outro. A essência da complacência é que a própria posição é superestimada. Seres humanos complacentes se colocam em uma posição muito acima de outros seres humanos, sem considerar a inter-relação, a interdependência. Conquanto na cultura medieval a escolha a respeito de como morrer parecia não ser uma questão, a cultura contemporânea baseada no valor da autonomia coloca essa escolha como um direito da pessoa.

Termos como “eutanásia”, “suicídio assistido”, “Testamento Vital” (Diretivas Antecipadas da Vontade) e outros, vêm sendo cada vez mais debatidos na perspectiva do direito à vida e à morte, portanto, da autonomia decisória sobre a vida e morte. Na atualidade, essa tensão entre os dois polos da autonomia, Eu & o Outro, torna-se central. A autonomia é um processo complexo que ocorre entre estes dois polos, influenciando-se mutuamente (Ricoeur, 1991). O exercício da autonomia por parte da pessoa enferma pode ser estimulado por meio de uma escuta sensível do profissional, buscando compreender os medos e preocupações da pessoa enferma. Ao ouvir a pessoa enferma com um coração e mente abertos, o médico abre a mente e o coração da própria pessoa enferma, e esta última pode começar a descobrir o que realmente deseja.

Sufrimento (Polaridade: Fazer algo & Passar por algo) – Pergunta-chave: Como lido com a dor e o sofrimento?

No modelo medieval, o médico não desempenhava nenhum papel na hora da morte, como testemunham as gravuras. A escolha medieval era ser “paciente” e suportar o sofrimento (como um convite

à imitação de Cristo), ou ser impaciente e pôr fim à própria vida “como faziam os pagãos”. Atualmente, os problemas são mais ou menos os mesmos, mas as escolhas são diferentes. Pacientes, familiares e profissionais da saúde podem exercer uma tomada de decisão compartilhada e encontrar uma maneira de lidar com a tensão entre o polo ativo do fazer (intervenção médica) e o polo passivo do sofrer (abster-se de continuar o tratamento). Ambos os polos podem ser bons em um caso, e ruins em outro. Pode-se mesmo distinguir entre a dimensão física, psicossocial e espiritual dos CP no qual o equilíbrio entre intervenção ativa e acolhimento pode diferir em cada área. Pode haver um ponto em que o tratamento de manutenção da vida se torne inútil, enquanto a necessidade de cuidado espiritual aumenta ainda mais. Entretanto, o cuidado espiritual só pode ser fornecido adequadamente quando o controle da dor for suficientemente administrado. A dor coloca pacientes, familiares e profissionais da saúde frente aos polos entre fazer intervenções em excesso, mesmo que estas não modifiquem o desfecho da doença (“obstinação terapêutica”) e o passar por algo (aceitação). No enfrentamento do sofrimento em fim de vida, a dor física tem um papel importante, pois esta pode levar as pessoas a desejarem abreviar a vida. A percepção da dor é aumentada, causando ainda maior sofrimento, quando esta é combinada com sofrimento emocional, psicossocial, mental e espiritual isto resulta em “dor total”, como bem caracterizou Cicely Saunders (2004).

Lidar com o sofrimento e a dor em nossos dias é ambivalente. O tratamento da dor tornou-se uma disciplina com suas próprias revistas científicas especializadas. Ao mesmo tempo, a tolerância e a aceitação desse fenômeno inevitável diminuíram. Um dos grandes desafios da arte contemporânea de morrer diz respeito ao alívio da dor sem esquecer o grande valor do sofrimento e sua relação intrínseca com o amor (Gunderman, 2002). Mais uma vez, é a atitude de espaço interior que pode ajudar a encontrar o equilíbrio certo, aceitando o inevitável e continuando a buscar novas soluções. Definir os polos ativo e passivo como uma perspectiva de escolha pode proteger a “arte de morrer” do imperativo tecnológico que é tão frequentemente encontrado nos cuidados de fim de vida em ambiente hospitalar (Clark, 2002).

Apego/Relações (Polaridade: Segurar & Desapegar) – Pergunta-chave: Como eu digo adeus?

Em todos os tempos, a ideia de ter de dizer adeus a entes queridos é, para muitos, uma grande fonte de sofrimento na situação de enfermidade. Na tradição medieval da arte de morrer, a pessoa enferma era encorajada a abandonar a vida terrena e se concentrar na vida eterna. Nas imagens medievais, pode-se ver um anjo segurando um lençol para manter a família e entes queridos fora do ângulo de visão para facilitar a transição para a vida após a morte. O apego à família e a entes queridos, bem como o apego às posses terrenas, era visto como algo que tornava mais difícil o processo de morrer bem. Essa dificuldade era associada ao pecado da avareza, e a pessoa enferma era encorajada a se concentrar em amar a Deus de todo o coração e de toda a alma. No Modelo Diamante, a polaridade de segurar e desapegar é mais integrada. Obviamente, morrer é uma transição na qual o ser humano tem de se desprender de tudo na vida: seu corpo, seus entes queridos, suas posses, tudo o que construiu nesta vida. Mas, para abdicar de todas essas coisas, é importante encontrar algo em que se agarrar. O pensamento de ter sido amado na vida e de que as pessoas de seus afetos continuarão com as coisas que lhe são caras e cuidarão umas das outras facilitará o processo de desapego.

Segurar e desapegar (soltar) podem ser experimentados como polos opostos quando não há muito espaço interior e quando a pessoa enferma se agarra à vida como uma pessoa que se agarra a um pedaço de madeira quando está se afogando. Porém, quanto mais espaço interior houver, mais esses dois polos podem ser integrados. O amor não é, precisamente, um equilíbrio entre segurar e deixar ir? Por exemplo, por mais que pais e mães amem seus filhos, não podem mantê-los em casa por toda a vida. É sinal de amor reconhecer e honrar a liberdade dos filhos (deixá-los partir), mantendo, ao mesmo tempo, a conexão e o apoio

(apego). Da mesma forma, na arte de morrer, a polaridade entre segurar e desapegar (deixar ir) pode ser integrada quando alguém entrega a vida do ser amado nas mãos de Deus, de uma forma amorosa e confiante.

Questões Pendentes (Polaridade: Lembrar & Esquecer) – Pergunta-chave: Como vejo minha própria história até aqui?

Na cultura medieval dominada pela culpa, a Arte da tradição de morrer mostra que diabos e demônios deixavam o indivíduo moribundo ansioso ao fazê-lo lembrar de todas as coisas que deram errado em sua vida. Nas gravuras, vemos um demônio segurando um pedaço de papel com as anotações de todos os pecados da vida de uma pessoa e o modo como foram administrados. Isso podia levar alguém ao desespero por pensar que, após a morte, nunca seria admitido ao Céu; antes, seria enviado diretamente para o inferno. Lidar com a culpa era a principal preocupação de pacientes medievais quando faziam uma retrospectiva de suas vidas. Era decisivo se iriam para o Céu ou para o inferno. Na arte contemporânea de morrer, a retrospectiva da própria vida pode ser feita com espaço interior. Toda vida humana é uma mistura de coisas pelas quais agradecer e coisas pelas quais se arrepender.

O espaço interior ajudará a olhar para própria história de vida com compaixão, mas também a assumir a responsabilidade como uma pessoa livre. Lembrar das coisas boas da vida pode ser um grande conforto e apoio, como mostra a terapia da dignidade de Harvey Chochinov (2023). O desafio pessoal e intransferível de todo ser humano é lidar com as partes da vida que são dolorosas: momentos em que se sentiu ferido por outras pessoas, ou os momentos em que ele próprio, como humano que é, causou sofrimento a outras pessoas. A polaridade entre lembrar e esquecer pode ser integrada quando há perdão e reconciliação. Nesses momentos especiais, o que deu errado no passado é lembrado, compartilhado e decidido a não ser levado para o futuro, mas ser deixado ao esquecimento.

Esperança (Polaridade: Saber & Crer) – Pergunta-chave: Em quê posso colocar minha esperança?

Na arte medieval da tradição de morrer, o pior que pode acontecer a alguém é perder a fé. Nas imagens medievais, os demônios aparecem trabalhando arduamente para convencer a pessoa em fim de vida de que não existe o Céu e tudo de bom que se tentou fazer em vida foi em vão. Essa grande tentação de desistir de acreditar em Deus ainda pode ser uma fonte de conflito para as pessoas nos dias atuais. No Modelo Diamante, porém, essa polaridade é um pouco distinta, pois o modelo é aberto tanto a pessoas religiosas quanto às não religiosas.

A polaridade entre saber e crer aborda a questão sobre em que são firmadas as bases para o “ser no mundo”. Emerge a tensão entre confiar no que é dito pela Ciência, que pesquisa o cérebro humano (polo do conhecer), ou confiar no que se aprendeu da Escrituras Sagradas? Saber e crer são duas formas pelas quais o ser humano se relaciona com as grandes questões da vida e ambas as posições são necessárias. Se, por um lado, o conhecimento científico é muito factual e confiável quando se trata da materialidade do mundo, por outro lado, ele não dá uma resposta à pergunta pelo sentido da vida. O que se pode apreender disso tem a ver com pensamento crítico e reflexão sobre os limites da mente humana. Já a fé, por sua vez, pode ser uma forma importante de se conectar com as grandes questões existenciais. Contudo, as tradições religiosas têm muitas formas e formatos distintos, e a questão sobre qual delas pode-se confiar permanece em aberto.

Encontrar um caminho na polaridade entre saber e crer é uma busca pessoal de cada ser humano. No percurso existencial, muitas pessoas descobrem que se desenvolvem e se modificam. O espaço interior pode ajudar a pessoa a perceber-se como parte de um mistério maior, que não tem como ser totalmente compreendido por meio de uma mente humana limitada. A pergunta “o que posso esperar?” pode ser um

grande apoio na arte de morrer, quando vivida com abertura e espaço interior plenos de compaixão e humildade. Desta forma, as cinco polaridades do Modelo Diamante estão inter-relacionadas, compostas por diferentes facetas, tal como a luz refletida em um diamante que provoca a percepção de cores diferentes.

A lacuna na formação em assistência espiritual nos Cuidados Paliativos: um chamado à Teologia e às Ciências que se ocupam do cuidado em saúde

Os serviços de CP no Brasil estão em plena ascensão. Prova disso é a reclassificação do Brasil, pela Organização Mundial da Saúde, para o nível 3B, reafirmada na 2ª edição do Atlas Global de CP (Connor, 2020, p. 52). A prestação generalizada de CP caracteriza esse nível, com fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população. Embora ainda esteja distante do nível 4B de integração avançada na prestação de serviços de CP, como é o caso de boa parte dos países da Europa, Estados Unidos e Canadá, o Brasil segue avançando.

Mais recentemente, em maio de 2024, o Ministério da Saúde instituiu a *Política Nacional de Cuidados Paliativos* (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681 (Brasil, 2024). Essa política representa um marco histórico para o campo, pois estabelece diretrizes, princípios e objetivos que reconhecem CP como componente essencial da atenção integral à saúde. Entre seus princípios, destacam-se: a valorização da vida e da morte como processo natural; o respeito às dimensões física, psicoemocional, social e espiritual do cuidado; a comunicação empática; e a promoção da dignidade e da autonomia das pessoas que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida.

A implementação da PNCP reforça, portanto, a urgência e pertinência das reflexões aqui apresentadas, sobretudo no que diz respeito à integração da dimensão espiritual na prática dos CP e à necessidade de formação específica de profissionais capazes de oferecer cuidado espiritual competente e sensível. Nesse sentido, a proposta prática apresentada neste artigo contribui diretamente para os objetivos da nova política pública, ao oferecer subsídios teórico-práticos que podem orientar tanto a implementação das equipes multiprofissionais previstas na PNCP quanto o fortalecimento de uma cultura de cuidado compassivo e integral no Brasil. A aprovação da PNCP abre espaço para uma nova demanda: a de capelães profissionais para compor as equipes de CP, contratados formalmente, para atuação em hospitais e/ou serviços de *hospices* (locais/instituições voltadas ao cuidado de fim de vida). Contudo, a Teologia não tem preparado teólogos e teólogas para a atuação nesse espaço público, a despeito de sua reflexão teórica no campo da Teologia Pública e da Teologia Prática/Pastoral.

Em 2017, alguns capelães norte-americanos publicaram um estudo conduzido no período de fevereiro a abril de 2015, descrevendo quem são e o que fazem estes profissionais no contexto dos CP (Jeuland *et al.*, 2017). Participaram do estudo, capelães afiliados a quatro associações nacionais de capelães profissionais. Dentre as 531 respostas válidas recebidas, 382 eram capelães em tempo integral, sendo quase metade composta de mulheres (46%), maioria protestante (70%). O número médio de pacientes recebendo CP por dia foi de 5,2 (DP = 3,5, variação de 1 a 30). Pouco mais da metade (52%) relatou participar frequentemente das discussões nas equipes multidisciplinares de CP. Dentre as principais atividades de capelães tem destaque a construção de relacionamentos (76%), cuidados no momento da morte (69%), ajuda às pessoas enfermas com questões existenciais ou sofrimento espiritual (49%) e conversas sobre questões específicas relacionadas ao cuidado em saúde. Os autores observaram que quando capelães estão mais envolvidos/as nas equipes de CP, tais profissionais fornecem um apoio mais abrangente às pessoas enfermas e suas famílias. Isso aponta a necessidade de preparo específico de teólogos e teólogas para atuação no contexto dos CP.

Enquanto a área de Teologia, no Brasil, parece ainda não ter se despertado para essa necessidade e demanda de uma atuação pública (e profissional/especializada), outras áreas que se ocupam da formação

de pessoal para o cuidado em saúde também não têm integrado de forma ampla, em seus currículos, o ensino da competência em cuidado espiritual. Observa-se, portanto, uma grande lacuna na formação de profissionais no que diz respeito à prática de cuidado espiritual na assistência às pessoas enfermas.

A perspectiva de cuidado espiritual profissional assume que o caráter “não-religioso” do cuidado não implica em desassistência às necessidades religiosas de pessoas enfermas nos casos em que tais necessidades se caracterizem como expressão da espiritualidade dessas pessoas. Pesquisas sobre as necessidades espirituais de pacientes e familiares em CP constata a presença de conflitos espirituais e religiosos e mesmo de emprego de estratégias de *coping* (enfrentamento) espiritual/religioso negativo para lidar com o sofrimento em situações de enfermidade (Esperandio; Leget, 2020b; Esperandio; Rosa, 2020). Esses achados servem como evidência de que profissionais da teologia, com formação também em CP, em muito poderiam contribuir para um bom atendimento das necessidades espirituais de pessoas enfermas (e seus familiares) que estão enfrentando a finitude da vida. Ao mesmo tempo, profissionais de outras áreas, com conhecimento sobre temas religiosos e espirituais, igualmente poderiam contribuir no preenchimento dessa lacuna no cuidado em saúde.

Kelly e Swinton (2020), capelães profissionais no Reino Unido, organizaram uma obra sobre “Capelania e a alma da saúde e da assistência social”, e destacaram que “a capelania oferece um canal de cura vital que é crucial para a sustentação de um sistema de saúde genuinamente centrado na pessoa” (p. 158, tradução nossa). Faria bem à Teologia no Brasil despertar para a necessidade de formação de capelães profissionais; capelães que sejam capazes de uma atuação marcada por uma prática que seja “desafio profético aos sistemas de saúde para manter aspectos do cuidado que podem ser obstruídos por um foco desequilibrado em soluções tecnológicas que se esquecem das pessoas” (Kelly; Swinton, 2020, p. 158, tradução nossa). A proposta prática de cuidado espiritual ora apresentada é, portanto, uma contribuição rumo à transformação da capelania no Brasil, no contexto dos CP, como é, também, uma ferramenta prática que se oferece a profissionais da saúde que percebem a potência (e necessidade) da integração do cuidado espiritual na assistência em saúde.

Implicações do Modelo Diamante para o exercício profissional da capelania

Ao oferecer uma estrutura antropológica e relacional para a identificação de tensões espirituais no fim da vida, o Modelo Diamante contribui para consolidar a capelania como prática clínica especializada no interior das equipes de CP. Em vez de reduzir o cuidado espiritual a intervenções religiosas ou a ações intuitivas, este Modelo fornece uma linguagem compartilhada que favorece o registro, a comunicação interdisciplinar e a elaboração de planos de cuidado coerentes com valores como autonomia, dignidade e compaixão.

Além disso, o modelo explicita dimensões centrais do sofrimento espiritual (autonomia, sofrimento, vínculos, questões pendentes e esperança), permitindo que capelães profissionais realizem uma avaliação e acompanhamento de modo sistemático, com sensibilidade cultural e respeito às crenças ou não crenças da pessoa assistida. Essa sistematização contribui para delimitar fronteiras éticas da atuação, incluindo o reconhecimento de situações em que encaminhamentos (psicologia, psiquiatria, assistência social) são necessários.

Por fim, o Modelo Diamante pode ser incorporado como eixo estruturante na formação de capelães profissionais e no desenvolvimento de competências em cuidado espiritual para profissionais da saúde, favorecendo a implementação prática das diretrizes que reconhecem a dimensão espiritual como parte intrínseca dos CP. Nesse horizonte, a atuação profissional da capelania pode contribuir para a construção de uma experiência de morrer marcada por sentido, reconciliação e dignidade, elementos frequentemente associados ao ideário contemporâneo de boa morte no movimento *hospice*.

Considerações finais

Retomando a narrativa inicial sobre *A Morte de Ivan Ilitch*, pode-se dizer que este jovem juiz, cheio de planos para seu próprio futuro e de sua família, teve um final dramático, pois “morreu de dor”, sem controle adequado de sintomas, sem cuidado digno, posto que sem atenção às suas necessidades espirituais, expressas na falta de sentido para o sofrimento vivido, com uma conexão frágil consigo e com o seu entorno, incluindo sua própria família, levando-o à dura experiência do que hoje se reconhece como “dor total”. Era claro para Ivan que quanto mais pensava na falta de sentido que era sua vida, mais raiva sentia, e mais dor experimentava. Chochinov (2023, p. 2884, tradução nossa) lembra como são apropriadas as palavras de Cicely Saunders dirigidas às pessoas em processo de finalização da biografia: “Você é importante porque você é você, e você é importante até o último momento de sua vida”. Ilitch recebeu cuidado religioso (do qual não necessitava) de um padre, por insistência de sua esposa, permanecendo sem suporte para desenvolver o seu espaço interior, integrar suas polaridades existenciais e encontrar sentido para o sofrimento vivido. O Modelo Diamante, ao enfatizar espaço interior, tensões espirituais e busca de sentido, oferece uma linguagem e um itinerário de cuidado que poderiam ter sustentado Ivan Ilitch (e tantos outros “Ivans” contemporâneos) em sua travessia final.

No cenário brasileiro, apesar do avanço recente representado pela PNCP, a integração do cuidado espiritual ainda enfrenta desafios relevantes, sobretudo quanto à formação profissional, à disponibilidade de modelos sistematizados e à incorporação do cuidado espiritual como prática interdisciplinar. Assim, além de fomentar investigações aprofundadas, é necessário ampliar programas de formação e fortalecer a atuação profissional da capelania em articulação com equipes multiprofissionais, visando consolidar práticas éticas, competentes e contextualizadas.

Que o cuidado espiritual não seja tratado como privilégio ou um aspecto dispensável das práticas em cuidados paliativos, mas tomado com a devida importância, complexidade e competência, para que a qualidade da morte de seres humanos seja digna, permeada de compaixão e cuidado amoroso.

Agradecimentos

Este trabalho contou com apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil.

Referências Bibliográficas

BALBONI, M. J.; SULLIVAN, A.; ENZINGER, A. C.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; TSENG, Y. D.; MITCHELL, C.; NISKA, J.; ZOLLFRANK, A.; VANDERWEELE, T.; BALBONI, T. A. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 48, n. 3, p. 400–410, set. 2014.

BALBONI, M. J.; BALBONI, T. A. Influence of spirituality and religiousness on outcomes in palliative care patients. *UpToDate*, 20 maio 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>. Acesso em: 25 out. 2025.

BALBONI, T. A.; BALBONI, M.; PAULK, M. E.; PHELPS, A.; WRIGHT, A.; PETEET, J.; BLOCK, S.; LATHAN, C.; VANDERWEELE, T.; PRIGERSON, H. G. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, v. 117, n. 23, p. 5383–5391, 1 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília,

DF, n. 86, p. 101–105, 8 maio 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-558726815>. Acesso em: 25 out. 2025.

CARVALHO, G. D.; COSTA, F. P.; PERUCHI, J. A. M.; MAZZUTTI, G.; BENEDETTO, I. G.; JOHN, J. F.; ZORZI, L. A.; PRESTES, M. C.; VIANA, M. V.; SANTOS, M. C.; SCHWARZ, P.; BERTO, P. P.; BUTTELLI, T. C. D.; NEDEL, W.; AZEREDO-DA-SILVA, A. L.; BONIATTI, M. M. The quality of end-of-life care after limitations of medical treatment as defined by a rapid response team: a retrospective cohort study. *Journal of Palliative Medicine*, v. 22, n. 1, p. 71–74, jan. 2019.

CHOCHINOV, H. M. Intensive caring: reminding patients they matter. *Journal of Clinical Oncology*, 19 abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.02993>.

CLARK, D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ*, v. 324, n. 7342, p. 905–907, 13 abr. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905>.

CONNOR, S. R. *Global atlas of palliative care*. 2. ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020.

CUMMINGS, J. P.; PARGAMENT, K. I. Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical conditions. *Religions*, v. 1, n. 1, p. 28–53, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel1010028>.

DE VRIES, S.; LORMANS, T.; GRAAF, E.; LEGET, C.; TEUNISSEN, S. The content validity of the items related to the social and spiritual dimensions of the Utrecht Symptom Diary–4 Dimensional from a patient’s perspective: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 61, n. 2, p. 287–294.e2, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.019>.

ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Revista Bioética*, v. 28, n. 3, p. 538–547, set. 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283434>.

ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa de literatura. *REVER – Revista de Estudos da Religião*, v. 20, n. 2, p. 11–27, set. 2020b. DOI: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a2>.

ESPERANDIO, M. R. G.; ROSA, T. S. Avaliação da espiritualidade/religiosidade de pacientes em cuidados paliativos. *Protestantismo em Revista*, v. 46, n. 1, p. 168–182, out. 2020.

ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Opening a hermeneutic space for spiritual care practices. *Horizonte – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 20, n. 61, p. e206204, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2022v20n61pE206204>.

ESPERANDIO, M. R. G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, v. 12, n. 35, p. 805-832, jul./set. 2014.

FINKELSTEIN, E. A.; BHADNELIA, A.; GOH, C.; BAID, D.; SINGH, R.; BHATNAGAR, S.; CONNOR, S. R. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 63, n. 4, p. e419–e429, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 397–404, 2013.

GIJSBERTS, M.-J. H. E.; LIEFBROER, A. I.; OTTEN, R.; OLSMAN, E. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, v. 7, n. 2, p. 25, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>.

GUNDERMAN, R. B. Is suffering the enemy? *Hastings Center Report*, v. 32, n. 2, p. 40–44, 2002. DOI: <https://doi.org/10.2307/3527693>.

HEFTI, R. Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, v. 2, n. 4, p. 611–627, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2040611>.

HENZEZEL, M. de. *Intimate death: how the dying teach us to live*. Reprint ed. London: Little, Brown and Co., 1997.

ILER, W. L.; OBENSHAIN, D.; CAMAC, M. The impact of daily visits from chaplains on patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chaplain Today*, v. 17, p. 5–11, 2001.

JEULAND, J.; FITCHETT, G.; SCHULMAN-GREEN, D.; KAPO, J. Chaplains working in palliative care: who they are and what they do. *Journal of Palliative Medicine*, v. 20, n. 5, p. 502–508, maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0397>.

KELLY, E.; SWINTON, J. (eds.). *Chaplaincy and the soul of health and social care: fostering spiritual wellbeing in emerging paradigms of care*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2020.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 4, p. 536–542, abr. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.536>.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2001.

LEGET, C. Retrieving the ars moriendi tradition. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 10, n. 3, p. 313–319, set. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9066-3>.

LEGET, C. *Art of living, art of dying: spiritual care for a good death*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2017a.

LEGET, C. The relation between cultural values, euthanasia and spiritual care in the Netherlands. *Polish Archives of Internal Medicine*, 17 mar. 2017b. DOI: <https://doi.org/10.20452/pamw.3927>.

LEGET, C. Spirituality in palliative care. In: MACLEOD, R. D.; VAN DEN BLOCK, L. (eds.). *Textbook of palliative care*. Cham: Springer International Publishing, 2018. p. 1–11. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_45-1.

LEGET, C.; BOELSBJERG, H. B. The art of spiritual care: implications for the use of instruments and tools. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, v. 20, n. 38, p. 71–86, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.7146/tfss.v20i38.135693>.

NELSON, C. J.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W.; GALIETTA, M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, v. 43, n. 3, p. 213–220, maio 2002. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.213>.

NOLAN, S.; SALTMARSH, P.; LEGET, C. J. W. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*, p. 86–89, 2011.

OLIVEIRA, S. S. W.; VASCONCELOS, R.; AMARAL, V. R. S.; SÁ, K. N. Spirituality in coping with pain in oncological patients: systematic review. *Brazilian Journal of Pain*, v. 3, n. 4, p. 331–339, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200136>.

PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2007. 431p.

PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, v. 3, n. 1, p. 129–137, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>.

RICOEUR, P. *O si-mesmo como um outro*. Campinas: Papirus, 1991.

SAUNDERS, C. Introduction: history and challenge. In: SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. (eds.). *Management of advanced disease*. 4. ed. London; New York: Arnold; Oxford University Press, 2004. p. 3–8.

SHERMAN, A. C.; SIMONTON, S.; LATIF, U.; SPOHN, R.; TRICOT, G. Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 28, n. 4, p. 359–367, ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9006-7>.

SINCLAIR, S.; CHOCHINOV, H. Communicating with patients about existential and spiritual issues: SACR-D work. *Progress in Palliative Care*, v. 20, n. 2, p. 72–78, maio 2012. DOI: <https://doi.org/10.1179/1743291X12Y0000000015>.

TOLSTÓI, L. *A morte de Ivan Ilitch*. 2ª ed. São Paulo: Ed. 34, 2009.

WILLIAMS, A.-L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliative and Supportive Care*, v. 4, n. 4, p. 407–417, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951506060500>.

WILSON, K. G.; CHOCHINOV, H. M.; MCPHERSON, C. J.; SHIRKO, M. G.; ALLARD, P.; CHARY, S.; GAGNON, P. R.; MACMILLAN, K.; DE LUCA, M.; O'SHEA, F.; KUHL, D.; FAISINGER, R. L.; KARAM, A. M.; CLINCH, J. J. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, v. 26, n. 3, p. 314–323, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.314>.

Editor Responsável: Waldir Souza

Recebido/Received: 13.11.2025 / 11.13.2025

Aprovado/Approved: 19.01.2026 / 01.19.2026