

A importância da espiritualidade e da religiosidade na prática dos cuidados paliativos

*Ana Rita Rios Almeida**

*Paula Hayasi Pinho***

*Helena Moraes Cortes****

*Karine Evangelista Silva Bastos*****

*Thaissa Piedade Santos******

Resumo

Objetivo: analisar a importância da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental dos indivíduos no contexto dos cuidados paliativos. Método: revisão narrativa realizada nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Lilacs, com as seguintes palavras-chaves: cuidados paliativos, saúde mental, religião e espiritualidade. Resultados: foram agrupados em três categorias, a saber: o contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade na relação com o campo da saúde; atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos com o paciente considerando a espiritualidade e a religiosidade; perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal. Conclusão: considera-se que a espiritualidade e a religiosidade atreladas à saúde mental na prática de cuidados paliativos são fatores que influenciam no bem-estar, no conforto e na qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: saúde mental; espiritualidade; religião; cuidados paliativos.

The Importance of Spirituality and Religiousness in the Practice of Palliative Care

Abstract

Objective: to analyze the importance of spirituality and religiosity in the mental health of individuals in the context of palliative care. Method: narrative review carried out in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed and Lilacs, with the following keywords: palliative care, mental health, religion and spirituality. Results: they were grouped into three categories, namely: the historical context of spirituality and

* Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. cybercomvc@hotmail.com

** ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP (2014), com Doutorado Sanduíche pela Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal (2013). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Paulista (1996), Especialização em Psicologia da Infância pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (1997), Especialização em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo (2006) e Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP (2009). Membro do Grupo de Pesquisa “Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas (GEAD - EEUSP)”. Em 2013 participou de estágio voluntário junto ao Departamento de Saúde Mental de Trieste - Itália. Fez estágio de pós-doutorado do PNPd/CAPES, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2015 - 2016). Foi professora Adjunto I - substituta - área: saúde coletiva junto ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Atualmente é Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Tem experiência na área de Psicologia Clínica, Gestão de serviços técnicos de saúde, Avaliação de Serviços de Saúde com ênfase em Reabilitação Psicossocial, Saúde Mental Comunitária, Desinstitucionalização e Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias e Psicologia Positiva. paulahpinho@gmail.com .

*** <https://orcid.org/0000-0001-8538-8400> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas (2009), aperfeiçoamento em Formação de pessoal em Reabilitação Psicossocial pela Università degli Studi di Torino - Itália (2010), mestrado em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas (2011) e doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (2016). Atualmente é professora doutora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, líder do Grupo de Pesquisas Saúde Mental, Políticas Públicas de Saúde e Populações em Situações de Vulnerabilidades - UFRB - CNPq; vice-coordenadora acadêmico institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPROFSAÚDE - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Abrasquiana integrante do GT de Saúde Mental - ABRASCO. Tem experiência na área de Saúde Mental com ênfase em Saúde Mental Comunitária, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental e saúde coletiva, reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, enfermagem, enfermagem psiquiátrica, ensino, saúde mental de populações vulneráveis. helenamoraescortes@gmail.com .

**** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. karineebastos@gmail.com .

***** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. thay_piedade@hotmail.com .

religiosity in relation to the health field; performance of the health team in palliative care with the patient considering spirituality and religiosity; spiritual and religious perspectives towards the terminally ill patient. Conclusion: it is considered that spirituality and religiosity linked to mental health in the practice of palliative care are factors that influence the well-being, comfort and quality of life of the individual.

Keywords: mental health; spirituality; religion; palliative care.

Introdução

O avanço tecnológico associado ao desenvolvimento da terapêutica contribuiu para o aumento da expectativa de vida e para o envelhecimento da população, ocorrendo a prevalência de doenças crônicas e a longevidade dos portadores dessas enfermidades. Os pacientes em estados terminais acumulam-se nos leitos hospitalares recebendo assistência incompleta e focada na tentativa de cura, sendo utilizados métodos invasivos, exagerados e desnecessários, em muitos casos (Matsumoto, 2012).

Os cuidados paliativos configuram-se com uma abordagem humanitária do cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1990 e, redefiniu em 2002, o cuidado paliativo como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e do tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (Matsumoto, 2012).

Os conceitos de espiritualidade e religiosidade estão relacionados, porém não são sinônimos. A espiritualidade tem uma concepção conceitual mais ampla, sendo um sistema de crenças individuais sobre propósito e o significado da vida, que pode ou não envolver religiões específicas. Enquanto que, a religiosidade compreende um sistema de culto e doutrina específicos compartilhado por um determinado grupo (Saad, Masiero & Battistella, 2001).

A religiosidade e a espiritualidade se mantêm como dimensões importantes da vida dos sujeitos, visto que as práticas e as crenças religiosas dos pacientes influenciam o cuidado e a evolução dos problemas de saúde (Saad, Masiero & Battistella, 2001). A influência dessas duas dimensões sobre a saúde mental está relacionada com bem-estar psicológico e a integração biopsicossocial e espiritual do ser humano (Oliveira & Junges, 2012).

De acordo com Oliveira e Junges (2012) a espiritualidade pode auxiliar no processo de busca de sentido da vida e a religiosidade pode ser um elemento importante no modo de construir, enfrentar e vivenciar o sofrimento mental (Dalgalarrondo, 2007).

A dimensão espiritual parece ser relevante nos cuidados paliativos como forma de tornar o atendimento integral e humanístico ao indivíduo. Diante do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: “qual a produção científica, de 2007 a 2017, sobre espiritualidade e religiosidade no contexto da prática de cuidados paliativos?”.

O presente estudo objetivou identificar a importância da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental no contexto da prática dos cuidados paliativos. Assim sendo, uma análise de produções científicas que apresentem interfaces entre religião, cuidados paliativos e espiritualidade pode permitir uma compreensão mais ampliada do processo saúde doença de pessoas em estado terminal, bem como pode proporcionar elucidaciones para o cuidado integral nesses estágios do ciclo vital, privilegiando a saúde mental das mesmas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que permite obter o estado da arte de um determinado objeto de estudo (Noronha & Ferreira, 2000).

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), entre os meses de junho e agosto de 2018, utilizando-se as seguintes palavras-chave: cuidados paliativos, saúde mental, religião e espiritualidade. Esse processo envolveu atividades de busca, identificação, estudos e seleção dos estudos. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2007 a 2017 que respondiam à questão norteadora, tratando-se de artigos originais, escritos no idioma português, inglês ou espanhol e em formato eletrônico disponível e de livre acesso.

Resultados e discussão

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas, as quais compreendem: 1. O contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade na relação com o campo da saúde; 2. Atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos considerando a espiritualidade e a religiosidade; 3. Perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal.

1. O contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade nas relações com o campo da saúde

As concepções de religiosidade e espiritualidade, ao longo da história, adquiriram concepções diferentes nos variados contextos socioculturais. Na antiguidade, os deuses faziam parte da construção da história e da existência humana, porém, como afirmam escritas da época, “os Deuses não se baseiam em noções inatas, mas em opiniões falsas. Daí a crença de que eles causam os maiores malefícios aos maus e os maiores benefícios aos bons”. *A priori*, essa concepção judaico-cristã era inexistente, ou seja, a crença em um deus com poderes de onipotência e onipresença, com a função de julgar e punir os seres humano (Dalgalarro, 2008).

No que tange às concepções da medicina relacionadas com as perspectivas religiosas, no final de século XIX, o termo racional se refere ao saber médico e, há evidência de que existia uma oposição entre o saber científico e o saber religioso. Assim, contrariava o que era proposto na medicina medieval, pois esta não se opunha ao tratamento religioso, ao contrário, estabelecia uma fusão de objetivos, onde a cura era promovida pelo poder divino e a realização das práticas eram encaradas como ações de caridade (Borgogino, 2015).

A transição entre a medicina entendida como caridade e, em consonância com as concepções religiosas para uma ciência pautada numa concepção biologicista, legitimou outras autoridades e também se configurou numa organização política com concepções opostas às práticas religiosas como cura. Parece ser a partir de então que, emergiu o conflito entre o binômio ciência-religião (Harrison, 2007).

Numa retrospectiva histórica, há oposição de ideias na relação entre espiritualidade e o campo da saúde, principalmente no que tange à saúde mental. Por muitos anos, os hospitais foram mantidos por ordens religiosas, e num período significativo, os xamãs, que eram considerados um misto de sacerdote com psiquiatra, desenvolveram suas funções de maneira efetiva e não conflituosa. Porém, com o domínio do pensamento “intelectual”, o embate da medicina com a espiritualidade e a saúde mental tornou-se evidente. O autor ainda acrescenta que estudiosos, a partir do século XIX, passaram a disseminar a ideia de que a religião era um estado primitivo do pensamento, a qual comprometia o discernimento e levava a formação de um pensamento irracional associado a distúrbios psíquico-emocionais (Moreira-Almeida, 2009).

No Brasil, a maior parte da população possui algum tipo de religião. Um estudo realizado em parceria com

duas instituições de ensino superior - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFMG) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - constatou que uma parcela significativa da população declarou uma relação ativa com a religião e, a mesma possuía bons indicadores como qualidade de vida, felicidade, afeto, melhor saúde física e mental (Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski & Laranjeira, 2010).

Apesar da evidência de que o conflito entre religião e ciência tenha existido e ainda persista, torna-se relevante compreender esses dois campos de atuações humanas, não como antítese um do outro, mas precisa ser compreendido de uma forma dialógica e complementar, considerando-se, inclusive, que o nascimento de um é atrelado ao do outro (Silva, 2017).

No que se refere à qualidade de vida, esta possui um conceito multidimensional e bastante complexo, que relaciona os aspectos fisiopatológicos, ambientais, crenças pessoais e fatores socioeconômicos. A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Na fase de terminalidade, a avaliação da qualidade de vida é fundamental, visto que busca perpassar por todos esses contextos, e precisa auxiliar os profissionais do campo da saúde na implementação de cuidados, pautados, justamente, em tal perspectiva avaliativa (Meneguim, Matos & Ferreira, 2018). No momento da terminalidade, a espiritualidade e a religiosidade contribuem de forma positiva reduzindo a ansiedade, a depressão, o estresse e o sofrimento psíquico, de maneira geral. Auxiliando, portanto, na melhoria da saúde mental do indivíduo enfermo.

Além disso, um estudo de Meneguim, Matos e Ferreira (2018) identificou que em alguns momentos, muitos pacientes em terminalidade, sendo assistidos com as práticas de cuidados paliativos procuraram a religião/espiritualidade como forma de encontrar esperança, fé na cura da doença e retorno à saúde em alguma dimensão que lhes fosse possível.

Concebe-se, pois, que as (des) conexões entre religião e ciência mudaram ao longo da história e envolveram uma inter-relação complexa de aspectos sociais e de relações de poder, como caso da medicina. De todo modo, mesmo ainda persistindo certa oposição entre elas, no meio médico a fusão das dimensões espiritual e religiosa com o processo saúde doença parece ser uma aliada potente no cuidado do indivíduo em situação de terminalidade.

2. *Atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos considerando a espiritualidade e a religiosidade*

A prática dos cuidados paliativos foi concebida, oficialmente no Reino Unido, em meados da década de 1960, e teve como pioneira a médica Cicely Saunders. Ela abarcou a assistência, a pesquisa e o ensino no movimento do cuidado paliativo, fundando o primeiro serviço a oferecer cuidado integral privilegiando os cuidados paliativos, o chamado St. Christopher's Hospice (Gomes & Othero, 2016).

Saunders caracterizou o sofrimento dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura como “dor total”, por considerá-lo multidimensional (Pereira & Santos, 2011).

Os cuidados paliativos fundamentam-se em princípios que objetivam a reafirmação da vida considerando a morte como um processo natural e, que os mesmos não têm como proposta a utilização de nenhum método que prolongue de forma desproporcional à vida, bem como estabelece meios para a abreviação da chegada da morte. Assim, essa estratégia leva a um processo integrador dos aspectos psicológicos e espirituais do cuidado, incluindo um suporte à família, tanto no enfrentamento da enfermidade do familiar, quanto na fase de luto posterior (Hermes & Lamarca, 2013).

Mesmo constatando a abrangência que envolvem os cuidados paliativos, nem sempre há um entendimento das práticas e dos ritos referentes à religiosidade e espiritualidade pela equipe de saúde dentro das unidades que prestam tal cuidado. O fato de tais necessidades fazerem parte do campo da subjetividade humana, questões relacionadas ao significado para vida, esperança, perdão, amor, transcendência, conexão com deus e com o sagrado, ainda parecem não ser consideradas prioritárias nos serviços de saúde (Hermes & Lamarca, 2013).

A maioria dos profissionais parece evitar o enfrentamento com a temática nas suas práticas de (des) cuidado, por considerar essa dimensão de difícil abordagem, medo de imprimir pontos de vista pessoal ou ainda por não considerar relevante para o tratamento do sujeito doente. Nesse contexto, o cuidado paliativo transcende questões puramente clínicas. Para além da melhoria de um conjunto de sinais e sintomas é necessário enxergá-lo como uma ferramenta que está diretamente ligada à qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016).

As pessoas e os familiares que passam por sofrimento físico, psicossocial e espiritual precisam de uma linha de cuidados que preconize a integralidade; e é nessa

conjuntura que a atuação das equipes de saúde precisa atender as demandas que envolvem o acolhimento, a aceitação e o luto (Arrieira, Thofehrn, Porto, Moura, Martins & Jacondino, 2018).

Considerar a religiosidade e a espiritualidade na abordagem aos pacientes em condições de cronicidade, como a dor, ou em estágios avançados de uma enfermidade configura-se como uma estratégia potente de cuidado. Porém, nos Estados Unidos menos de um terço dos médicos questionam sobre religião ou espiritualidade às pessoas com sofrimento crônico e as necessidades espirituais acabam passando despercebidas. Um estudo realizado nos Estados Unidos, revelou que pessoas engajadas com práticas e/ou crenças religiosas ou espirituais exercem um estilo de vida que os colocam em situação de menor vulnerabilidade e, usam menos os serviços de saúde. Além disso, ao comparar alguma prática relacionada à espiritualidade/religiosidade com a saúde mental, quem as executa tende a ter melhores indicadores de saúde mental e de adaptação ao estresse em condições de adoecimento (Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007).

Essa abordagem integral e com respeito à pessoa, contemplando o indivíduo de forma holística, mesmo este vivendo uma experiência que indique a proximidade com a morte, está contido nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade baseada na lei 8.080 de 1990 é definida como:

Um conjunto legal e institucional concebido como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (Pinheiro, 2007).

O cuidado paliativo estabelece que, pelo fato de um paciente em situação terminal não ter mais a dita possibilidade de cura, este não deve ser abordado como um ser que “não há mais o que fazer”. Há muito a ser feito no que diz respeito à finitude humana - no controle dos sintomas, no estabelecimento do conforto, no manejo das dimensões psicossocial e espiritual - ações que enaltecem o compromisso ético na relação profissional de saúde/paciente e na consideração do adeus à vida (Pessini & Bertachini, 2006).

Desde o primeiro contato do sujeito com o serviço de saúde, é indispensável a importância de se realizar uma anamnese que investigue a história religiosa e espiritual do

indivíduo, considerando as implicações que esses fatores têm na aceitação e enfrentamento das situações inerentes ao processo saúde-doença (Cervelin & Kruse, 2014).

Associado a isso, torna-se premente que os profissionais valorizarem a singularidade do paciente terminal na prática do cuidado, sendo necessário conhecer o indivíduo com o qual está lidando, reconhecendo e respeitando “crenças, os valores, as práticas e os rituais de cada um, estando totalmente aberta a reformulação, revelação e experimentação” (Campbell, 2011).

A abordagem da equipe interdisciplinar dentro de uma unidade de saúde com pacientes em condições de finitude deve ser coerente, independente da categoria profissional, e as demandas consideradas diferenciadas precisam ser resolvidas conjuntamente (Hermes & Lamarca, 2013).

O serviço social é uma categoria profissional que media as informações biográficas dos pacientes com os demais componentes da equipe, auxiliando assim, na construção do plano terapêutico, que precisa privilegiar a escuta não somente do indivíduo doente, mas todo o contexto familiar que o envolve (Hermes & Lamarca, 2013).

Os profissionais da área da psicologia atuam em todo o processo, tanto nas questões que envolvem o tratamento quanto na prevenção de ansiedades e sintomas depressivos diante da morte. Também atuam junto à família informando sobre o processo, fazendo-os falar sobre a enfermidade e ajudando a família a entender a importância da conspiração do silêncio que, é o sigilo para o paciente sobre a sua própria finitude (Hermes & Lamarca, 2013).

Os profissionais que compõem a equipe de enfermagem – enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem – tem no cuidado a sua especificidade de atuação, sendo realizado baseado em medidas que estabeleçam conforto em todas as dimensões que envolvem os pacientes em situações terminais. Esta é uma das categorias que mais interagem com o paciente e com a família pela habilidade de comunicação que é inerente ao processo de cuidado (Hermes & Lamarca, 2013).

Na medicina, os profissionais parecem apresentar uma certa dificuldade para o trabalho multidisciplinar em cuidados paliativos, visto que a formação médica, na maior parte das universidades é voltada para diagnóstico, tratamento e cura, quase que exclusivamente. Porém, ao atuar numa equipe com essas características, torna-se fundamental se adequar a proposta de comunicação com equipe-família-paciente e, elaborar um plano terapêutico mostrando-lhes benefícios e desvantagens de cada ação,

tornando-se desta forma, um facilitador do trabalho em equipe (Hermes & Lamarca, 2013).

É necessário então uma abordagem humanitária e integral do cuidar para a saúde mental do sujeito em terminalidade. Assim, o cuidado paliativo, garante a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial dos pacientes e de seus familiares, a dimensão da espiritualidade precisa ser compreendida e internalizada por toda equipe multiprofissional, possibilitando a preservação da dignidade e a integridade da pessoa durante sua finitude.

3. Perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal

A religião faz parte da vida de 92% da população brasileira, sendo esta dividida em 64,6% de católicos, 22,2% de evangélicos, 2,0% de espíritas e 0,3% de religiões de matriz africana. As demais religiões, os ateus e os agnósticos representam o restante da população brasileira (IBGE, 2010).

A diversidade religiosa do Brasil é decorrente das diversas culturas e etnias que aqui coexistem. Assim, dificilmente um paciente perpassa o processo do adoecimento e morte sem algum tipo de manifestação religiosa presente nos ritos da morte e do morrer. Ainda que não tenha uma doutrina estabelecida, este paciente tende a aceitar algum objeto, amuleto ou oração pelo processo de vulnerabilidade vivenciada.

Muitas vezes, as peculiaridades dos desejos de ordem espiritual podem diferir e significar procedimentos muito distintos das rotinas hospitalares, o que leva a reflexões das condutas e decisões profissionais (Salles, 2014). Considerando os dados do IBGE (2010), abordaremos como as quatro religiões com maiores números de adeptos no Brasil lidam com o processo de terminalidade, a saber: o catolicismo, o protestantismo, o espiritismo e as religiões de matriz africana. Entre as outras religiões destacaremos a Testemunha de Jeová devido à sua especificidade.

3.1 Catolicismo

A Igreja Católica não se opõe a manipulação do cadáver e aceita a doação de órgãos bem como a condição de morte encefálica, porém desaprova a eutanásia. Não há crença na reencarnação, embora exista a crença na ressurreição, que é a volta de todos os mortos, em carne e osso, no dia do chamado juízo final (Salles, 2014). Nos processos terminais, a Igreja Católica recomenda orações para o combate de sintomas físicos e ou psíquicos e ainda prescreve as bênçãos da saúde. Na hora da morte ou

logo após, existe o ritual do sacramento da unção dos enfermos, ministrado por padres.

Em grupos católicos tradicionais são realizadas orações por familiares e amigos presentes do doente. Outros rituais ainda se mantêm, porém, mais regionalizados como, por exemplo, o costume de colocar uma vela na mão de quem está morrendo ou ainda, colocar quatro velas acesas, uma em cada canto do leito ou do quarto, dar um crucifixo para o morto segurar ao peito com as duas mãos; e lavar o corpo do morto logo após a morte (Salles, 2014).

3.2 *Perspectivas evangélicas*

Com a Reforma Protestante, no século XVI na Europa, houve uma diversidade de vertentes que, ao contrário do catolicismo, não foi capaz de unificá-las. Há o uso do termo “protestantismos”, pois há diferentes vertentes da Igreja Reformada tais como o luteranismo, o calvinismo, o metodismo, o que torna esse todo bastante complexo (Pinezi & Keila, 2009).

Porém, o modo como esses grupos encaram a morte se diferem para os neopentecostais, tanto simbolicamente, como na prática religiosa, não há rituais fúnebres específicos celebrados em seus templos. Um líder dessa vertente, ao ser questionado sobre como a morte era tratada pela igreja, respondeu que era encarada de forma natural, oferecendo apoio espiritual à família e consolando-a sobre a missão que o ente cumpriu na terra, partindo para um plano espiritual que seria muito melhor (Pinezi & Keila, 2009).

Na prática presbiteriana, a morte não é encarada com naturalidade, pois acreditam que fomos criados para viver eternamente. Relatam que a morte é o “salário do pecado”. Os cultos fúnebres dos integrantes ativos, são realizados em um dos salões das dependências da Igreja Presbiteriana e o ritual é coordenado pelo pastor. A morte é encarada com um ar dramático, com grau que varia de acordo com a idade, o sexo e se tem algum cargo dentro da igreja. Em caso de pacientes terminais, a igreja recomenda grupos de orações e jejuns para o alcance da cura do enfermo (Pinezi & Keila, 2009).

3.3 *Espiritismo*

Os espíritas veem a morte como uma transição, decorrente do esgotamento dos órgãos físicos. Assim, após a morte do corpo físico, a alma se encaminha à vida espiritual, sem sofrimento ao corpo e esse é um momento de poder reencontrar com amigos e parentes que já lhe antecederam ao túmulo. O espírito tem a pos-

sibilidade de voltar à existência corporal diversas vezes através da reencarnação, como se fosse uma nova chance de depurar-se. Essa religião é favorável à morte natural, por considerar que a mesma ocorre num tempo que é certo (Xavier, Miziara & Miziara, 2014).

O rito funerário dos espíritas é o enterro, mas ao mesmo tempo que são respeitosos com a autonomia e as crenças, visam atender os desejos do paciente e da família. Também pode ser feita a cremação, se for desejo do sujeito, e se este for o método adotado, só poderá ser realizado após três dias da constatação médica do óbito, por acreditar-se que a realização anterior a esse prazo, traria sofrimento ao espírito do morto que ainda estaria de certa forma preso ao corpo físico, e que este processo só é recomendado aos que tiveram uma passagem terrena considerada evoluída (Salles, 2014).

No espiritismo, não há oposições rígidas ao transplante de órgãos do morto, mas considera-se importante avaliar o tipo de morte e o estado emocional e psicológico da pessoa na hora da morte, bem como o desejo enquanto esteve vivo de ser um doador ou não pós morte. Os seguidores da doutrina espírita relatam que se um doador não estiver preparado para a retirada do órgão pode sentir a falta do mesmo no outro plano e contribuir, energeticamente, para a instalação de um processo de rejeição no organismo do receptor (Salles, 2014).

Observando as características de cada uma dessas religiões, todas estas prezam pelo bem-estar e saúde dos seus seguidores com o que a natureza e a ciência possam oferecer a fim de proporcionar o maior conforto possível durante a terminalidade.

Quando o tema “morte” é discutido pelas religiões trazidas à baila, cada uma delas possui uma forma de compreender o processo saúde-doença, a finitude e a morte, prescrevendo ritos e cerimônias típicas de cada uma delas.

As concepções religiosas sobre a morte e o morrer parecem buscar fornecer certo entendimento sobre este fenômeno do ciclo vital, com o intuito de possibilitar maior conforto, tanto para o enfermo quanto para os seus familiares.

3.4 *Religiões de Matriz Africana*

São assim denominadas as religiões afro-brasileiras, pois guardam ligação com a chegada ao Brasil dos africanos que foram escravizados. São bem populares em vários estados brasileiros, principalmente entre a população negra. Os rituais e cerimônias dessa religião adotam cerimônias em que algumas pessoas – chamadas de “cavalos

de santo” – entram em transe espiritual e “recebem” entidades espirituais, as quais “se ocuparão” de seus corpos, onde “cavalgarão” durante os rituais e cerimônias. Os adeptos dessas religiões são ligados à natureza e a seus fenômenos, e como a dinâmica humana influencia e é influenciada por esta inter-relação (Salles, 2014).

Assim, o principal aprendizado é saber invocar e manipular as energias que se encontram na natureza, incluindo-se os animais. O sacrifício ou a oferenda de um animal é indicado para melhorar a saúde de um paciente, mesmo que na fase terminal, ainda que o doente não saiba que ele foi feito em sua intenção. Esse ritual reforça a crença de que o sangue é uma fonte de energias vitais que atuará na melhora e na cura do doente (Salles, 2014).

Mediante a dificuldade de sacrifícios com animais em ambientes hospitalares, geralmente os pacientes e familiares que professam essa crença são transferidos para a sua residência onde os rituais acontecem com as adequações religiosas necessárias. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde procure sempre discernir “os dilemas surgidos na terminalidade, se seu repúdio é gerado pela compaixão com o outro – o animal –, ou porque seu modo de pensar arraigado e sua cultura estão sendo questionados” (Salles, 2014).

Em decorrência das diversas influências sofridas por questões culturais, religiosas e ou políticas, as religiões de matriz africanas podem divergir sobre as concepções e crenças referentes a morte. Parte dos adeptos crê na divisão entre céu e inferno e outra parte em reencarnação e carma. No entanto, ambas acreditam que a morte seria apenas uma parte do ciclo evolutivo e, após, a mesma a alma carrega consigo alegrias, mágoas, dores e crenças para um mundo espiritual (Xavier, Miziara & Miziara, 2014).

3.5 Testemunhas de Jeová

As pessoas Testemunhas de Jeová são conhecidas principalmente por sua postura firme, por rejeitarem os tratamentos com o uso do sangue e por serem muito apegadas ao sentido literal de partes dos textos bíblicos. Acreditam que a alma ou vida estão no sangue, e que o sangue é sagrado para Deus (Silva et. al., 2014).

O princípio religioso atua diretamente nas práticas de saúde, e a recusa veemente à transfusão sanguínea nem sempre é compreendida pelos profissionais de saúde. Deve-se considerar que tanto o Estado quanto o particular, não podem dificultar o exercício de qualquer crença religiosa, ao invés disso, deverão promover a proteção à liberdade humana e a responsabilização administrativa,

civil e até criminal de quem discrimina por motivos de ordem religiosa (Valente, 2011).

Considerações finais

Considerando que o momento da finitude envolve questões tanto éticas advindas dos códigos profissionais, quanto ético-religiosas advindas do paciente e família, as condutas profissionais precisam visar oferecer ao paciente/família, apoio e medidas que estabeleçam conforto, além de exercitar a sensibilidade humana dentro da equipe de profissionais, numa atitude que reforce o não abandono nessa fase do ciclo vital.

Os cuidados paliativos e o respeito às crenças religiosas envolvem processos complexos de empatia, fazendo-se necessária a reflexão do compromisso profissional com o paciente e de suas necessidades no campo espiritual.

Ainda que a equipe de saúde não se debruce, teoricamente, nos detalhes ritualísticos de como cada religião se relaciona com a morte, é necessário um certo entendimento sobre como o paciente lida com sua espiritualidade, pois este quesito se constitui importante no enfrentamento da doença terminal e da morte, visto que as religiões, de alguma forma e em graus diferentes, estabelecem com seus adeptos modos de lidar com a terminalidade da vida humana.

Considera-se que a crença religiosa não pode se constituir como um fator que dificulte as condutas profissionais diante da finitude da vida, ao contrário, a dignidade humana é sempre preponderante e, no momento terminal, as condutas devem proporcionar alívio do sofrimento, porém mantendo o respeito à religiosidade de cada pessoa, caminhando, assim para a redução das dores, sejam físicas ou emocionais, neste momento.

O respeito mútuo entre equipe de saúde, família e paciente constitui a base para que as práticas de cuidados paliativos propiciem um ambiente que estabeleça a integralidade dos sujeitos até o momento pós morte; pois que o cuidado integral compreende aspectos que ultrapassam as questões físicas, clínicas e farmacológicas dos tratamentos em pacientes terminais e o quesito espiritualidade/religiosidade está presente nas relações humanas e de saúde desde a ancestralidade.

Portanto, desconsiderá-los seria uma forma de fragmentação deste processo inevitável, não favorecendo a qualidade de vida nesta fase do ciclo vital. A espiritualidade e a religiosidade atreladas à saúde mental nas práticas de cuidados paliativos parecem apontar para fatores que influenciam no bem-estar, no conforto e na qualidade de vida dos sujeitos.

Dessa forma, é urgente que os espaços de saúde se organizem no atendimento das necessidades espirituais, atentando para não negligenciar esse processo de humanização do cuidar, preservando, assim, a dignidade e a integridade da pessoa em fase terminal de vida. Ignorar qualquer dimensão biopsicossocial/espiritual torna a abordagem ao paciente incompleta.

Referências

- Arriêira I. C. O., Thofehrn M. B., Porto AR, Moura P. M. M., Martins C. L. & Jacodino M. B. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*, 52:e03312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
- Borgongino B. U. (2015). A historiografia sobre a medicina na Primeira Idade Média: um balanço. *Brathair*, 15(2):66-82. Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/brathair/article/view/1079>.
- Campbell M. L. (2011). *Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Mgraw Hill Artmed.
- Cervelin A. F. & Kruse M. H. L. (2014). Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc Anna Nery*, 18(1):136-142. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.
- Dalgalarrodo P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiquiatr Clin*, 34(1):25-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>.
- Dalgalarrodo P. Religião (2008). *Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Gomes A. L. & Othero M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Est Av*, 30(88):155-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.
- Harrison P. (2007). Ciência e Religião: construindo os limites. *Rev Est Relig*, 1-33. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv1_2007/p_harrison.pdf.
- Hermes H. R. & Lamarca I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(9):2577-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
- Matsumoto D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 23-24. Disponível em: http://www.santacasasp.org.br/upsrv01/up_publicacoes/.
- Meneguim S., Matos T. D. S. & Ferreira M. L. S. M. (2018). Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Rev Bras Enferm*, 71(4):1998-2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>.
- Moreira-Almeida A. (2009). Mitos históricos sobre a relação entre a ciência e religião. *Rev Psiq Clin*, 36(6):252-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n6/v36n6a08.pdf>.
- Moreira-Almeida A., Pinsky I., Zaleski M. & Laranjeira R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultado de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*, 37(1):12-5. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>.
- Moreira-Almeida A. & Stroppa A. (2012). Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Rev Debates Psiquiatr*, 2(6):34-41.
- Moreira-Almeida A. & Lucchetti G. (2016). Panorama das pesquisas em ciências, saúde e espiritualidade. *Ciênc Cult*, 68(1):54-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-6660216000100016>.
- Noronha D. P. & Ferreira S. M. S. P. (2000). Revisões de literatura. In: Campello B. S. V. C., Cendón B. V. & Kremer J. M. (Org.). *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG.
- Oliveira M. R. & Junges J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estud Psicol*, 17(3):469-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.
- Peres M. F. P., Arantes A. C. L. Q., Lessa P. S. & Caous C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clin*, 34:82-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>.
- Pereira F. & Santos C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*, 4(2):37-45. Disponível em: <http://www.cadernosdesaude.org/files/2011-CS4.2%284%29.pdf>.
- Pessini L. & Bertachini L. (2006). *Humanização e cuidados paliativos*. 3 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Edições Loyola.
- Pinezi M. & Keila A. (2009). O sentido da morte para protestantes e neopentecostais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(43):199-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200008>.
- Pinheiro R. (2007). Integralidade em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(3):553-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200008>.
- Saad D. M., Masiero D. & Battistella L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3):107-12. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>.
- Salles A. A. (2014). Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev Bioética*, 22(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223021>.
- Silva L. C. K. G. (2017). *Religião e Ciência: Algumas Perspectivas históricas*. Rio de Janeiro, Brasil: Porto editora.
- Silva A. A., Gusmão C. G., Teixeira L. C. M. L., Silva S. F. (2014). Atuação dos Médicos frente às Testemunhas de Jeová e o Sangue Alheio. *Humanidades*, v. 3, n. 1, fev. Disponível em: https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a13.pdf
- Valente I. C. R. (2011). *Os enfermeiros dos Hospitais Centrais perante o doente terminal*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Xavier M. S., Miziara C. S. M. G. & Miziara I. D. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde Ética & Justiça*, 19(1):26-34. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v19i1p26-34>

Submetido em: 14-1-2022

Aceito em: 18-1-2023