



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GLEICIANA PAIVA XIMENES

**COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E CUIDADOS PALIATIVOS: A
RELIGIOSIDADE COMO ENFRENTAMENTO DA MORTE**

Juazeiro do Norte
2020

GLEICIANA PAIVA XIMENES

**COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E CUIDADOS PALIATIVOS: A
RELIGIOSIDADE COMO ENFRENTAMENTO DA MORTE**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte
2020

GLEICIANA PAIVA XIMENES

**COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E CUIDADOS PALIATIVOS: A
RELIGIOSIDADE COMO ENFRENTAMENTO DA MORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação do curso de Psicologia do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito
para obtenção de grau de Bacharelado em
Psicologia.

Aprovado em: 14/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Me. Tiago Deividly Bento Serafim
Orientador

Me. Ivancildo Costa Ferreira
Avaliador

Me. Joel Lima Junior
Avaliador

COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E CUIDADOS PALIATIVOS: a religiosidade como enfrentamento da morte

Gleiciane Paiva Ximenes¹
Tiago Deividly Bento Serafim²

RESUMO

A iminência da morte causa um turbilhão de perguntas e de sensações que são difíceis de lidar, as quais vão gradativamente minando todas as energias do paciente para superar esse quadro irreversível. O objetivo deste trabalho é discutir a influência do coping religioso espiritual em relação a situações de morte iminente durante o tratamento em cuidados paliativos e a maneira como o luto é encarado nesta perspectiva. A produção visa demonstrar como estes cuidados estão voltados para a melhor qualidade de vida do enfermo no sentido de alívio do seu sofrimento e de seus familiares, estabelecendo uma conexão entre os referidos indivíduos e os profissionais da saúde. Destaca ainda a importância do psicólogo durante essa tratativa, o qual auxiliará não apenas o enfermo, mas os familiares e a equipe médica, visando amenizar as frustrações que esse processo pode vir a causar, com enfoque no acolhimento e na humanização através da conversação. Essas questões serão debatidas no decorrer do presente trabalho, o qual consiste em um estudo bibliográfico.

PALAVRAS-CHAVE: Morte. Luto. Doença terminal. Cuidados paliativos. Coping religioso espiritual.

ABSTRACT

The imminence of death causes a whirlwind of questions and sensations that are difficult to deal with, which gradually undermine all the patient's energies to overcome this irreversible situation. The aim of this paper is to discuss the influence of religious coping in relation to situations of imminent death during treatment in Palliative Care, and the way how in which grief is viewed in this perspective. The production aims to demonstrate how this care is geared towards a better quality of life of the sick in order to relieve their suffering and that of their families, establishing a connection between these individuals and health professionals. It also highlights the importance of the psychologist during this treatment, which will help not only the patient, but family members and the medical team, in order to alleviate the frustrations that this process may cause, with a focus on welcoming and humanization through conversation. These questions will be debated in the course of the present work, which consists of a bibliographic study.

KEYWORDS: Death. Mourning. Terminal illness. Palliative care. Spiritual religious coping.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como propósito apresentar uma discussão sobre a

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: gleiciana1010@gmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: tiagodeividly@leaosampaio.ed.br

religiosidade como enfrentamento da morte, bem como proporcionar uma reflexão sobre o assunto trazendo os pontos mais pertinentes direcionados para as ideias que aqui serão expostas, além de dissertar sobre o papel da psicologia dentro do contexto discutido neste trabalho.

A construção traz em sua revisão de literatura uma discussão sobre a morte e o morrer numa perspectiva histórica, onde serão abordadas diferentes visões e interpretações, bem como serão trazidos alguns rituais praticados ao longo da história no Ocidente até os dias atuais. Serão abordados também questões como o luto vivenciado por famílias de pessoas que estão em cuidados paliativos, assim também, como assuntos pertinentes à doença terminal e sobre o coping religioso. Com base nisso, buscou-se compreender o cerne da questão que se fundamenta neste trabalho, que é: o coping religioso espiritual auxilia enfermos que estão em cuidados paliativos no processo de luto e aceitação da morte?

Pensando nesta questão, este trabalho originou-se a partir de um acentuado interesse pessoal em se saber mais sobre como a questão da religiosidade e espiritualidade é utilizada como suporte por pacientes em cuidados paliativos, bem como uma inquietação a respeito da temática. Ante a possibilidade desse trabalho de não apenas expandir os conhecimentos da presente autora, mas visando também contribuir para pesquisas acadêmicas de futuros profissionais da área e interessados pela temática, possibilitando uma discussão maior sobre o assunto enriquecendo assim o aporte teórico na área da psicologia, assim como estender meu conhecimento com relação ao tema e ajudando no meu exercício na profissão de psicologia visando desenvolver um trabalho de maior qualidade.

Este trabalho traz também uma importante discussão a ser pensada sobre a temática morte com o intuito de desconstruir tabus que ainda existem sobre o assunto na sociedade, fazendo com que isso venha a contribuir no entendimento sobre o comportamento da sociedade perante a morte ao longo da história.

O intuito deste trabalho é o entendimento da religiosidade enquanto enfrentamento da morte, e como permite a adultos e idosos que estão em cuidados paliativos entender o processo de aceitação da morte, assim também como o coping religioso espiritual influencia nos cuidados paliativos diante do sofrimento da doença terminal. Assim também, objetiva-se mais especificamente compreender como é entendida a morte por pacientes em cuidados paliativos e em que medida a religiosidade e/ou espiritualidade poderá interferir na aceitação e enfrentamento da

morte pelos mesmos. Ademais, o trabalho visou discutir sobre as possibilidades de intervenções do profissional de psicologia para dar suporte aos familiares de pacientes em cuidados paliativos.

2 METODOLOGIA

Para a construção do presente trabalho que se trata de uma revisão de literatura de caráter qualitativo, sendo esta apontada por Gil (2002), como sendo uma pesquisa embasada em materiais já produzidos especialmente livros e textos científicos. Foram utilizados como critérios de seleção escritores de obras que fundamentam este trabalho, artigos pesquisados em plataformas virtuais de caráter científico tais como Google Acadêmico, biblioteca virtual, bem como, também foram realizados estudos na biblioteca física do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, títulos em comum com o assunto a ser trabalhado, além de palavras-chave tais como enfrentamento religioso/espiritual, cuidados paliativos, luto e psicologia. O período de pesquisa e coleta de dados se deu no início do mês de agosto do ano de 2020 e findou no mês de outubro deste mesmo ano.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MORTE

Os aspectos que envolvem a morte e pós morte são inquietações primordiais em todas as culturas desde os tempos antigos (SANTOS; INCONTRI, 2009). Desde os primórdios da humanidade a finitude é algo que gera muitas interpretações e questionamentos, pois nada se sabe ao certo após a morte, fazendo assim, que a morte seja visada de modo rigorosamente intolerável inclusive para se discutir, de modo que um simples posicionamento com relação a morte levasse com destino a quem fez a pronunciação uma espécie de aproximação com sua própria finitude. Por isso, muitas vezes a morte é referida como passagem, a viagem, o descanso eterno, numa tentativa de amenizar o peso que não só a palavra morte traz, mas também pelo o pesar do luto de quem perdeu um ente querido (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Para os ocidentais contemporâneos a morte tem sido vista de maneira vergonhosa, impotente e fracassada, onde na qual tentam vencê-la a qualquer custo, e acaso isso não aconteça ela é omitida e rejeitada (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Em *História da Morte no Ocidente* de 1977, Philippe Ariès aborda uma ideia da morte por meio de aprendizados de registros importantes que envolve os períodos desde a Alta Idade Média que vai do século V ao século XI, perpassando também pela Baixa Idade Média que se estendeu do século XI até o século XV, evidenciando o comportamento do homem frente à morte na cultura ocidental cristã.

Trazendo essa discussão de Ariès (1977) sobre a morte, ainda no período da Alta Idade Média, onde a morte era naturalizada e em que os moribundos percebendo a aproximação da morte e tendo a consciência deste fim, se preparava para morte, que é o que o autor denominou de a morte domada, e diante disso nessa preparação os familiares eram chamados, se pedia perdão por seus pecados e tinha o salvo conduto do padre para que dessa forma tivesse sua garantia no reino do céu.

Nesse período, os mortos eram enterrados em valas coletivas, não havia demarcação de túmulo, exceto os nobres que eram enterrados dentro das igrejas, mas que com o passar do tempo quando só restavam os ossos eram retirados e colocados junto com os demais nos ossuários, pois neste período não havia a preocupação com a pós morte (ARIÈS, 1977).

A morte quando vinha de maneira casual, de repente, súbita, era classificada como castigo de Deus, e era vista de forma vergonhosa por conta que a morte imprevista, impossibilitava o procedimento de preparação para a morte e o processo de morrer descrito anteriormente (CAPUTO, 2008).

Contrariamente a esse período da Alta Idade Média, na Baixa Idade Média aparece a preocupação com a pós morte, para onde se vai a alma, não há mais a certeza que irá para o céu, e dessa forma a morte que antes era naturalizada passou a ser temida e aparece aí a ideia do juízo final (ARIÈS, 1977).

Todavia, ao começar a segunda metade do século XX, percebe-se uma alteração intempestiva, onde a morte não é mais familiar, domesticada e torna-se um assunto isolado. Isso deve-se a um fato imprescindível que levou a esta transfiguração que foi a mudança de local da morte. A morte deixou de ser no seio familiar, em casa e passou a ser desacompanhado no hospital (CAPUTO, 2008).

Há também uma alteração no modo de que é feito o velório, que se retira da casa da família, onde anteriormente era velado o corpo presente pela família e amigos, visto que, quanto menos houvesse a presença do morto no domicílio, devido a atribulações de higiene, assim como por intercorrências do impacto psicológico de experienciar este cenário (CAPUTO, 2008).

Com o avanço da ciência e da medicina através de técnicas e conhecimentos, é notório a tentativa de engambelar ou, no mínimo, postergar a morte humana. Desta forma, chegar ao fim na velhice é interpretada como sendo a maneira natural de morrer. Por outro lado, quaisquer outras formas de morte passam por julgamentos em sentido contrário a natureza e, dessa forma, classificadas como inconvenientes (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Contudo, é evidenciado que a morte ao longo dos anos deixou de ser algo mais naturalizada e atualmente a morte ocorre mais em hospitais onde ela passou a ser burocratizada, que apesar de ser um espaço inevitavelmente permissível a morte, isso ocorre de maneira disfarçada. Os médicos buscam ignorar a evidência da morte impossibilitando que as pessoas entrem no quarto do defunto, mesmo sendo familiares próximos, buscando executar de maneira rápida a organização do corpo e legitimando a nova situação social de morto por meio da expressão do atestado de óbito (BELLATO; CARVALHO, 2005).

É importante salientar que ao se falar do tema morte, também é necessário abordar questões que envolvem o luto. A forma em que a morte acontece pode influenciar a maneira de elaboração do luto, sendo que fatalidades como acidentes ou até mesmo o próprio suicídio, são consideradas mais severas por questões da hostilidade e culpabilização que acarretam (KOVÁCS, 2008).

Ainda trazendo essa perspectiva de luto, é imprescindível destacar os estágios do luto tendo como base as contribuições de Elisabeth Kubler-Ross, autora de grande importância no âmbito de pesquisa sobre o luto. De acordo com Kubler-Ross (1996), existem estágios no processo de luto, tendo em sua totalidade cinco estágios que são respectivamente: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e por fim aceitação.

É importante destacar também que não necessariamente esses estágios seguem esse processo de maneira linear e que as particularidades desses estágios oscilam em sua veemência e durabilidade, assim também a sequência de cada estágio pode diversificar de sujeito para sujeito conforme a circunstância experienciada e com a emocionalidade de cada lutuoso (CARNAÚBA; PELIZZARI; CUNHA, 2016).

3.2 DOENÇA TERMINAL

É interpretado como enfermo terminal aquele sujeito o qual suas condições de saúde se encontram tão agravadas que não existe mais nenhuma perspectiva de procedimento capaz de restabelecer sua saúde (DOMINGUES *et al*; BALDOINO, 2013).

A finitude aparenta ser o eixo principal do conteúdo em volta da qual se apontam as repercussões. É quando se findam as probabilidades de recuperação dos estados de saúde do enfermo e a eventualidade de morte proximamente apresenta inelutável e presumível. O enfermo torna-se irremediável e vai de encontro com a finitude, de tal modo que não seja possível retroceder este processo (GUTIERREZ, 2001).

Aceitar que se findaram os artifícios para o retorno de uma recuperação e que o enfermo se direciona para a morte, não quer dizer que nada mais pode se fazer. Diferente disso, começa uma vasta série de procedimentos que podem ser disponibilizadas ao enfermo e sua família. Procedimentos que buscam amenizar a dor e sofrimento, reduzindo o incômodo, porém principalmente a viabilidade de localizar-se diante da finitude, juntos de alguém que seja capaz de escutá-los e amparar suas vontades. Admitir sempre que puder, seu espaço atuante, sua independência, suas preferências, possibilitar-lhe chegar ao instante final, vivo, sem que haja antecipação desde fim por meio do descaso e afastamento (GUTIERREZ, 2001).

O reconhecimento do enfermo terminal na realidade, julgado sem nenhuma perspectiva de cura, ou com falecimento indeclinável, é difícil. Mesmo que se busque contemplar a identificação deste diagnóstico por meio de uma ponderação crítica, imparcial e livre de discriminações, a ausência de critérios irrefutáveis sobre o tema dirige os funcionários de saúde a exibir medo de conceituar um enfermo como terminal (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

A enfermidade faz com que fiquemos de frente com nossa própria morte e o pensamento de finitude nos aconchegam mais de uma compreensão e enaltecimento da vida. O enfermo em uma situação intensa de peleja entre vida e morte vivencia esta retórica e o profissional de psicologia por fim constrói uma ligação arquetípica com o mesmo (SILVA, 2007).

O enfermo que encara a fase da finitude necessita ter suas premências específicas distinguidas, para que se possa conservar sua condição de vida neste período, portanto, o enfermo terminal é um indivíduo que para além disso é um sujeito com sua vida particular (SILVA *et al*, 2013).

Segundo ainda Silva *et al.* (2013) essa argumentação resume um assunto pertinente a ser debatido, tendo em vista que, no seguimento da doença terminal não é unicamente o enfermo e sua família que vivenciam um desequilíbrio enternecedor, assim também inteiramente a junta médica que se torna profundamente incluída.

É sabido que não só o sujeito que está morrendo, mas que também as famílias deste enfermo enfrentam questionamentos de ordem existencial (percepção do sentido, da paz, da esperança e do propósito da vida, onde suas crenças e valores executam grande contribuição de como experienciar o processo de morte e morrer (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

A partir disso aparece a urgência de amenizar o sofrimento espiritual, não somente no período durante a doença, mas também no momento do luto, através de suporte da equipe multidisciplinar em todos os aspectos (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Portanto, é imprescindível a presença de um time que ampare o médico e o enfermo a suportar essas adversidades no âmbito hospitalar (SILVA *et al.*, 2013).

Após o período em que o enfermo é identificado em uma etapa de morte eminente, nos procedimentos atribuídos permanece o preceito da não-maleficência. O desempenho da junta médica deve priorizar o conforto do enfermo, em como amenizar o seu padecimento, não tendo que ceder frente a prováveis emoções de inferioridade, inabilidade ou falha (PIVA; CARVALHO, 2009).

Diante disso, a junta médica tem o compromisso moral e ético de perpetuar o amparo emotivo, bem como as demais formas que foquem a não-maleficência, interrogando quaisquer sejam aqueles que sejam capazes de atravessar este propósito, como uma intervenção inconsistente ou geradora de padecimento (PIVA; CARVALHO, 2009).

3.3 CUIDADOS PALIATIVOS

Sobre a ideologia dos cuidados paliativos Cervelin e Kruse (2014), vem nos informar que a filosofia desses cuidados está bem estabelecida. Os autores falam que os processos de morte e luto já foram bastante investigados e aplicados aos cuidados paliativos.

De acordo com Silva e Sudigursky (2008), o termo Cuidados Paliativos, surgiu inicialmente da mobilização hospice. Hospices (hospedarias) eram pontos de apoio focados em cuidar de viajantes que vinham de diferentes países. Tal prática propagou-

se pela Europa, especialmente através de entidades de caridades e religiosas. Gradativamente, houve uma modernização do movimento Hospice, elaborada por Dame Cecily Saunders, a qual o definia como uma finalidade exclusiva de cuidar e amenizar o sofrimento sejam eles corporal, mental, místico ou societário, de pessoas que estavam à beira da morte (MATSUMOTO, 2012).

Ainda segundo Silva e Sudigursky (2008), os chamados “cuidados de fim de vida”, surgiram inicialmente para tratamentos de pacientes em estágio de câncer avançado, no entanto, posteriormente se estendeu a todo e qualquer paciente, que não apresenta mais nenhuma chance de recuperação, e não apenas quem está na sua fase terminal, mas sim em qualquer um que esteja passando por um longo tratamento sem possibilidades de cura, tendo em vista que tais indivíduos, tendem a passar por momentos de muita sensibilidade e restrições, gerando assim, muitos questionamentos, tanto para os entes familiares, quanto para o próprio enfermo. Para esses pacientes, cuja finalidade não é mais a cura, devido à irreversibilidade da enfermidade, e sim a necessidade de proporcionar uma condição mais confortável e no mínimo suportável de vida, é que foram desenvolvidos os chamados cuidados paliativos (PIVA; CARVALHO, 2009).

De acordo com o que é trazido por Silva e Sudigursky (2008), houve uma ampliação substancial nas áreas de atuações dos cuidados paliativos, abrangendo a neonatologia e pediatria, mesmo que ainda seja pouquíssimo abordado, focando na hematologia, oncologia pediátrica, bem como prematuros extremos, recém-nascidos com má formação congênita e demais doenças consideradas raras.

Os enfermos que se encontram em um estágio do qual não há mais a perspectiva de restabelecimento de sua saúde amontoam-se em hospitais, tendo um assessoramento reiteradamente impróprio, focado em procedimentos agressivos e desnecessários e deixando de lado o cuidado, na busca desenfreada pela cura. Tais procedimentos oscilam entre insuficientes e por vezes exagerados, impedindo o foco na tratativa primordial do momento que seria o alívio da dor, por não haver uma noção da melhor forma de proceder com a tratativa (MATSUMOTO, 2012).

No ano de 1990, a OMS (Organização Mundial da Saúde), usou a definição de cuidados paliativos, como um encargo intenso e integral, em doentes cuja enfermidade não apresentava mais chances de cura, tendo como exclusividade a amenização do sofrimento físico, mental, espiritual ou societário, visando assim uma melhor condição de vida para os enfermos e seus familiares. (MATSUMOTO, 2012).

Ainda segundo Matsumoto (2012), em 1986 a OMS lançou os princípios que regem a atuação dos cuidados exercidos pelos diversos profissionais envolvidos no enfoque dos Cuidados Paliativos, os quais foram reafirmados em 2002 pela Organização Mundial da Saúde.

Os princípios dos Cuidados Paliativos dividem-se em nove subcategorias, as quais contam com profissionais qualificados e focados em cada uma de suas diretrizes. MATSUMOTO, (2012), discorre sobre os referidos princípios, e seus enfoques, da seguinte forma. No princípio voltado para a **qualidade de vida**, se tem o paciente sendo visto de uma forma holística, onde suas necessidades e suas vontades são levadas em consideração, tornando-se primordial para o paciente e seus familiares, pois a busca pela qualidade de vida no seu estágio final, deve ser atingida pela atenuação e suavização dos sintomas apresentados, além de dar total auxílio, seja ele espiritual, mental ou social, para todos os indivíduos envolvidos. Já na **abordagem humanista e valorização da vida**, o fator mais importante, é a demonstração de total reconhecimento ao indivíduo, levando em conta suas individualidades, crenças, valores e todas as necessidades que lhe forem essenciais para a atenuação da sua dor, prevenindo complicações e possibilitando a elaboração de um plano integral de cuidados (MATSUMOTO, 2012).

No **controle e alívio da dor e dos demais sintomas**, observa-se que um adequado controle e amenização da dor e de todos os sintomas é um dos principais focos nesses cuidados paliativos, isso porque, quanto mais intensa a dor, maiores são os efeitos negativos causados na qualidade de vida tanto dos enfermos quanto da família envolvida (MATSUMOTO, 2012). Então é de suma importância, que sejam criados métodos que amenizem o máximo possível a dor e o sofrimento causado pela doença, por ser medida de direito do indivíduo e uma total obrigatoriedade do profissional, o qual deve se levar em conta as **questões éticas**, que é o princípio voltado para o respeito à dignidade humana, seguindo com total zelo os cinco princípios éticos que permeiam a medicina paliativa, (princípio da veracidade, onde deve-se dizer toda a verdade para os familiares e o enfermo; princípio da prevenção, onde deve-se estar um passo a frente sobre possíveis complicações e fazer o aconselhamento familiar; princípio do duplo efeito, onde deve-se focar nos efeitos positivos em detrimento dos negativos; princípio da proporcionalidade terapêutica; onde só serão adotados procedimentos que sejam úteis para o tratamento da enfermidade e o princípio do não abandono, demonstrando sempre solidariedade com

todos os indivíduos envolvidos, com total suporte profissional e emocional) (MATSUMOTO, 2012).

Na **abordagem multidisciplinar**, presenciamos a união de diversos profissionais, focados nos cuidados e nas necessidades do paciente e seus familiares, o que nos leva a outro princípio fundamental, que é a comunicação, de modo que possa desenvolver uma extrema confiança entre profissionais, pacientes e familiares, tanto verbal quanto não verbal. Esse vínculo é essencial para uma boa convivência e uma maior harmonização entre os indivíduos envolvidos, permitindo assim, que o princípio da **prioridade do cuidado sobre a cura** seja melhor desempenhado, sem que haja culpa por parte do profissional, por não ser mais possível o processo curativo, pois o cuidado se torna extremamente imprescindível e primordial (MATSUMOTO, 2012).

Como apontam Kovács (1992) apud Mendes *et al.*, (2009), desenvolver uma conscientização quanto à própria morte, é crucial para a constituição da humanidade. Durante o desenvolvimento do presente trabalho, entender o princípio da **morte como um processo natural** é essencial na tratativa dos cuidados paliativos. Reconhecer a morte como algo natural, torna a finitude menos dolorosa tanto para o paciente quanto para seus familiares, bem como para o profissional envolvido. Caixeta (2005) apud Mendes *et al.*, (2009) defende que uma relação sincera entre médico e paciente em detrimento da negação, ajuda ambas as partes a lidarem com a finitude, tendo em vista que nessa etapa, o paciente tende a buscar ordenar sua vida, corrigir erros, reatar laços.

Muitos pacientes têm uma imensa dificuldade com a aceitação, e lutam até o fim, mantendo a esperança na cura como a sua válvula de escape (KÜBLER-ROSS, 2008). Os familiares também sofrem com esse processo de aceitação, o que torna essencial o acompanhamento dos profissionais responsáveis na tratativa dos cuidados paliativos.

O princípio da **espiritualidade e o apoio no luto** é um cuidado paliativo extremamente importante na conscientização da perda e na aceitação do rompimento do vínculo, permitindo assim aliviar o sofrimento não apenas no decorrer da doença, mas também na sua finitude. Durante a anamnese é extremamente importante o respeito aos preceitos religiosos/espiritual ou não religiosos seguidos por cada indivíduo, onde deve-se diferenciar o sofrimento espiritual, que se baseia na ausência de uma realidade material da vida, do sofrimento existencial, que foca no sentido da

vida e do sofrimento religioso, que é o medo de como está sendo “visto” por Deus (SAPORETTI *et al.*, 2012).

Saber a diferença entre espiritualidade e religiosidade, é essencial para o bom desenvolvimento nos cuidados com os enfermos ou familiares envolvidos. Enquanto a religiosidade está focada em dogmas, a espiritualidade é exercida com muito mais profundidade na sua relação entre a alma e o universo divino (SAPORETTI; SILVA, 2012).

O estágio de luto, que ocorre após receber a notícia da doença sem perspectiva de cura, deve ser tratado com todo cuidado, tanto com as pessoas do âmbito familiar, quanto com os profissionais da saúde, levando-se em conta que o mesmo vivenciou todo processo de luto antecipatório (GENEZINI, 2012). Segundo Elizabeth Kübler Ross, o luto passa por diferentes fases, no entanto, deve-se levar em conta a singularidade de cada pessoa envolvida, tendo em mente que não é uma regra e que cada um reagirá de uma forma. (GENEZINI, 2012).

Nos cuidados paliativos, o luto é a fase final no contato com a equipe de saúde, no entanto, não é possível saber quando essa fase termina. Worden, (1998) apud Genezini, (2012) defende que o luto termina quando todas as tarefas estão completadas, ou quando se lembra do seu ente querido sem dor. Na elaboração do presente trabalho, percebe-se que o ser humano não está pronto para a sua finitude, e que ter um acompanhamento nessa fase é primordial para conseguir fazer esse enfrentamento e sua consequente aceitação (GENEZINI, 2012).

3.4 O COPING RELIGIOSO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O coping que significa enfrentamento para nossa língua, identificado por artifícios produzidos pelos sujeitos para aguentar períodos de tristeza e frustração. Diferente de pressupostos e de prolongamentos para encarar acontecimentos tenebrosos, o coping tem o intuito de estruturar métodos palpáveis ou da mente para suportar a aflição e o martírio (SILVA *et al.*, 2020).

O enfrentamento religioso-espiritual é estabelecido pela interferência da crença, espiritualidade ou convicção frente ao esgotamento e ausência de expectativas. O propósito do enfrentamento religioso espiritual é de dar outro sentido, contemplar, perseverar e adequação quaisquer que sejam que se sustentem em

pregações, crença ou espiritualidade por meio de uma contiguidade com uma entidade acima de nós. Além do mais, o enfrentamento religioso está ligado ao aperfeiçoamento do bem-estar e a ascensão da saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Em contrapartida, a crença religiosa por apresentar uma implicação inversa na saúde quando os exercícios das convicções da religião são utilizados para fundamentar atitudes de saúde desfavoráveis ou sobrepor trabalhos médicos convencionais (KOENIG, 2001 apud PANZINI; BANDEIRA, 2007).

No que se refere a elaboração do luto, a espiritualidade é vista como um dos aspectos que contribuem para um melhor aceitação da finitude (PARKES, 1998; KOVÁCS, 2013 apud PORTELA *et al.*, 2020). Ainda que seja capaz de ser equivocada ou às vezes restringida ao fundamento religioso, a religiosidade extrapola essa compreensão e está relacionada a perspicácia do homem, derivando do interior e impressionando na forma de conectar com os sujeitos e encarar as dificuldades, sendo hábil de modificar e liderar os sentimentos otimistas frente das mais árduas conjunturas da vida (PORTELA *et al.*, 2020).

Seguindo essa linha de raciocínio de Portela *et al.* (2020), preconiza-se uma ponderação no que se refere a espiritualidade como forma de confrontação do segmento de sofrimento pelo luto, ressaltando a relevância do entendimento e reconhecimento da extensão anímica por parte dos profissionais da saúde no período de assessoramento aos lutosos.

Dessa maneira, aguarda-se que por meio deste serviço, os trabalhistas da área de saúde se atentem sobre a relevância da compreensão sobre o fato da finitude, bem como da crença religiosa de cada indivíduo, de modo que enquanto estiver assessorando sejam capazes de estabelecer um tratamento mais vasto aos lutosos, condecorando o íntimo do sujeito e consolidando os encargos de saúde no período de profundo sofrimento emotivo (PORTELA *et al.*, 2020).

No contexto de assessoramento nos cuidados paliativos, onde existem várias dificuldades que precisam ser acompanhadas, a espiritualidade é uma questão entendida como a de maior urgência pelos enfermos que se deparam com doenças terminais, por conta de sua vulnerabilidade exposta frente a sua finitude, bem como o receio do inexplorado (EVANGELISTA, *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, o enfermo pode procurar na questão da espiritualidade uma maneira de encarar a doença, com o propósito de diminuir o padecimento resultante

das adversidades que surgem, ou essa busca pode se dá para se ter uma expectativa de cura mais elevada com o tratamento. Com tudo, é impertinente apontar que diversas pesquisas ressaltam a imprescindibilidade da espiritualidade como sendo um artifício de enfrentamento para casos de doenças terminais utilizados pelos enfermos que estão em uma fase mais grave, bem como isso auxilia na sua beatitude (EVANGELISTA, *et al*, 2016).

Freitas, (2014), aponta pesquisas que evidenciam diversos meios em que as envolturas religiosas atuam favoravelmente na vida dos sujeitos, bem como em sua saúde no que se refere a questões voltadas para uma qualidade de vida saudável, assim como auxiliando de maneira inspiradora para busca de uma razão para dor e padecimento e resultando em uma força para seu enfrentamento, como incentivadora de crença, alívio e confiança, e outros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os assuntos abordados ao longo deste trabalho são essenciais para o entendimento das diretrizes que envolvem a questão da morte desde o período medieval até aos atuais, além de proporcionar uma discussão sobre como a visão da morte e o enfrentamento do luto se modifica no decorrer dos anos e levando em conta medicinal e da ciência, tendo em vista que atualmente existem diversos meios para evitar uma morte prematura ou caso isso não seja mais possível, tratar os pacientes em estágios terminais, que estão passando por procedimentos paliativos, no intuito de diminuir o sofrimento e a dores de quem está na finitude da vida, além de todo o apoio aos familiares enlutados.

Essa pesquisa contribuiu para um estudo mais aprofundado sobre a compreensão e reflexão da influência do coping religioso espiritual como apoio no auxílio dos indivíduos que estão em processo de cuidados paliativos, encaminhando-se para a morte, além da interferência que a crença de cada enfermo, pode ter nos modos de tratamento das doenças terminais, e do quanto a fé é primordial no amparo aos enlutados.

No decorrer do presente trabalho, podemos perceber o quão pertinente é o levantamento das questões que envolvem a morte mediante a sua burocratização na atualidade, tendo em vista que se morre mais em hospitais e praticamente não existe

mais a morte domesticada no seio familiar, assim como é descrito por Ariès (1977), onde o autor disserta sobre o processo de preparação da morte, conhecida como morte domada.

Vale salientar a importância do psicólogo neste contexto de enfrentamento e aceitação da morte por pacientes terminais que se encontram em cuidados paliativos, além do apoio aos familiares enlutados nesse processo e aos profissionais da saúde, que também passam por todo um processo de impotência e dificuldade na aceitação da perda de seus pacientes.

Diante de todas as discussões trazidas neste trabalho é possível apontar falhas no que diz respeito a alguns métodos utilizados nos hospitais sobre a perspectiva do cuidado do enfermo que está em cuidados paliativos, onde o sofrimento do mesmo muitas vezes é esquecido e é submetido a procedimentos dolorosos ainda na insistência de prolongamento da vida, sendo que o mais propício a se fazer neste momento é aliviar sua dor e possibilitar um morrer de forma mais tranquila e em paz, mas que também não acelere este processo.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Phelippe. **A história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves; 1977.

BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos de. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro 13(1): 99-104.**

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Revista Multidisciplinar da UNIESP. Saber Acadêmico**. n. 06 - Dez - 2008/ ISSN 1980- 5950.

CARNAÚBA, Raquel Arruda; PELIZZARI, Cláudia C. A. Sant'Anna; CUNHA, Samai Alcira. Luto em situações de morte inesperada. **Revista Psique**, Juiz de Fora, v.1 n, 2, p. 43-51, ago/dez. 2016.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc. Anna Nery** 2014; 18(1): 136-142.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia** 2006, 11(2), 209-216.

DOMINGUES, Karina de Oliveira Alves; et al. BALDOINO, Eduardo Ferreira. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais. **Psicologia Hospitalar**, 2013, 11 (1), 2-24.

EVANGELISTA, Carla Braz; et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

FREITAS, Marta Helena de. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 6, n.1, p. 89-105, jan./abr. 2014.

GENEZINI, Débora. **Assistência ao luto**. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. Orgs. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª Edição, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUTIERREZ, Pilar L. **O que é o paciente terminal?**. Rev. Ass. Med. Brasil 2001; 47(2): 85-109.

KOVÁCS, Maria Julia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia, Ribeirão Preto, v.18, (41), set./dez. 2008**.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. Orgs. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Edição, 2012.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev.SBPH v.12, n.1 Rio de Janeiro. jun. 2009**.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. São Paulo, 2007

PIVA, Jefferson Pedro; CARVALHO, Paulo. R. Antonacci. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética v. 1, n. 2. 2009**.

PORTELA, Raquel de Aguiar. et al. A espiritualidade no enfrentamento do luto: compreender para cuidar. **Braz. J. of Develop., Curitiba, v, 6, n. 10, p. 74413-74423, oct. 2020..**

SANTOS, Franklin Santana & INCONTRI, Dora. (Org). **A Arte de Morrer: Visões Plurais**. 2ª ed. São Paulo: Editora Comenius, 2009.

SAPORETTI, Luís Alberto; *et al.* Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. Orgs. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Edição, 2012.

SAPORETTI, Luís Alberto; SILVA, Alini Maria Orathes Ponte. Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. Orgs. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Edição, 2012.

SILVA, Annaterra Araújo; *et al.* Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. **Enfermagem Brasil** 2020; 19(4): 310-316.

SILVA, Carolini Graciela, *et al.* Doenças terminais, conhecimento essencial para o profissional da saúde. **Psicol. Argum.** 2013 jan./mar. v.31(72), 137-144. Curitiba.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm** 2008; 21(3): 504-8.

SILVA, Mônica Giacomini da. Doença terminal, perspectiva de morte: um trabalho desafiador ao profissional da saúde que luta contra ela. **Rev. SBPH** v. 10 n.2 Rio de Janeiro. dez. 2007.