

Abrindo um espaço hermenêutico para práticas de cuidado espiritual: Apresentando o Modelo Diamante ao contexto brasileiro

Opening a hermeneutic space for spiritual care practices: introducing the Diamond Model to the Brazilian context

Mary Rute Gomes Esperandio*
Carlo Leget**

Resumo

O cuidado espiritual é considerado um aspecto intrínseco às boas práticas de cuidados paliativos. Contudo, este é um desafio a profissionais de saúde. Há carência de propostas cientificamente embasadas e não religiosas para identificar e atender as necessidades existenciais/espirituais de pacientes e familiares. Este artigo tem como objetivo apresentar uma ferramenta de cuidado espiritual denominada Modelo Diamante ou *Ars Moriendi*, desenvolvida por um pesquisador holandês que a concebeu a partir de elementos extraídos de sua pesquisa empírica. O modelo é teoricamente baseado em estruturas antropológicas não morais e não religiosas e está aberto a pessoas de uma variedade de origens culturais e religiosas. Tanto capelães quanto equipes multidisciplinares podem usar essa ferramenta hermenêutica. Ela ajuda a melhor compreender e atender as necessidades espirituais de pacientes e familiares nas dimensões que envolvem autonomia, sofrimento, relacionamentos, questões pendentes e esperança. A apresentação do Modelo Diamante ao público brasileiro também é um convite para testá-lo e avaliá-lo em estudos futuros que investiguem a espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil.

Palavras-chave: Cuidado espiritual. Espaço interior. Cuidados Paliativos. Equipe multidisciplinar. Espiritualidade e Saúde.

Abstract

Spiritual care is considered an intrinsic aspect of good palliative care practices. However, this is a challenge for health professionals. There is a lack of scientifically based non-religious approaches to identify and meet patients' and families' existential/spiritual needs. This article aims to present a tool for spiritual care named Diamond Model, or *Ars Moriendi*, developed by a Dutch researcher who designed it from elements drawn from his empirical research. The model is theoretically based on non-moral and non-religious anthropological frameworks, and it is open to people from a variety of cultural and religious backgrounds. Both chaplains and the multidisciplinary teams can use this hermeneutic tool. It helps to better understand and meet the spiritual needs of patients and families in the dimensions that involve autonomy, suffering, relations, unfinished business, and hope. The presentation of the Diamond Model to the Brazilian audience is also an invitation to test and evaluate it in future studies investigating spirituality in palliative care in Brazil.

Keywords: Spiritual care. Inner space. Palliative Care. Multidisciplinary team. Spirituality and health.

Artigo submetido em 6 de janeiro de 2022 e aprovado em 10 de maio de 2023.

* Doutora em Teologia pela EST. Professora da PUC-PR. País de origem: Brasil. E-mail: mary.esperandio@pucpr.br.

** Doutor em Filosofia pela University of Utrecht. Professor da University of Humanistic Studies in Utrecht. País de origem: Holanda. E-mail: c.leget@uvh.nl.

Introdução

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) de cuidados paliativos de 2002, os cuidados para pessoas com doenças potencialmente fatais devem focar a qualidade de vida, incluindo o tratamento da dimensão física, psicossocial e espiritual da dor e do sofrimento. Nas últimas duas décadas, diferentes ferramentas e instrumentos foram desenvolvidos para abordar essa dimensão do cuidado, especialmente nos Estados Unidos da América e em países europeus. No Brasil, “a noção de cuidado espiritual não apenas é bastante recente, como também sua reflexão teórica é ainda incipiente” (ESPERANDIO; LEGET, 2020a, p. 39). Em decorrência disto, há carência de propostas práticas de cuidado espiritual adequadas à implementação no cenário dos cuidados paliativos.

Na Europa, um desses instrumentos é o Modelo *Ars Moriendi* ou Diamante; um referencial de abordagem da dimensão espiritual nos cuidados paliativos (LEGET, 2007; LEGET, 2016; LEGET, 2017a). O Modelo Diamante foi desenvolvido a partir de uma visão específica sobre o que é característico da espiritualidade e o tipo de cuidado que sustenta essa dimensão da vida. Este artigo apresenta o Modelo Diamante e explicita seus fundamentos teórico-práticos. Este modelo está inserido no cenário das abordagens e ferramentas de cuidado espiritual e está, agora, sendo apresentado ao contexto brasileiro como uma proposta possível para provisão de cuidado espiritual nos Cuidados Paliativos. No Brasil, o campo de cuidados paliativos vem se expandindo rapidamente desde a publicação da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 (BRASIL, 2018) que estabeleceu as diretrizes para a organização destes serviços no Sistema Único de Saúde.

1 A dimensão espiritual da dor e sofrimento

Segundo a definição adotada pelo grupo de referência de cuidados espirituais da *European Association for Palliative Care*, a espiritualidade pode ser caracterizada como “a dimensão dinâmica da vida humana que se relaciona com a forma como as pessoas (individual e comunitária) experienciam, expressam e/ou buscam sentido, propósito e transcendência, e a maneira como

elas se conectam ao momento presente, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o significante e/ou o sagrado” (NOLAN, 2011). Essa noção, baseada na definição do consenso norte-americano de 2009, é complementada por uma afirmação sobre a multidimensionalidade do campo, incluindo desafios existenciais, considerações e atitudes baseadas em valores (ética) e considerações e fundamentos religiosos.

Uma definição como essa é ampla, pois refere-se a uma dimensão dinâmica da vida humana. Ver a espiritualidade como uma dimensão - ao invés de uma parte, um campo, um setor de segmento - significa que o fenômeno não pode ser contido facilmente, pois pode ser encontrado em todos os lugares onde está a vida humana. Esta definição também se refere ao modo como as pessoas expressam, buscam e se conectam com o que é significativo e valioso para elas, abrindo assim, uma ampla gama de formas pelas quais os seres humanos habitam o mundo. Antes de apresentar o modelo *Ars Moriendi* ou Diamante, vale a pena refletir brevemente sobre a natureza da espiritualidade como um fenômeno, a fim de melhor apreciar porque o modelo foi projetado desta maneira. São apresentadas quatro características importantes da espiritualidade como uma dimensão dinâmica da vida humana.

Em primeiro lugar, espiritualidade tem a ver com sentido e conexão. Sentido é um fenômeno central para a vida humana, pois é fundamental para o modo como o ser humano habita o mundo. E ao sermos introduzidos neste mundo, as conexões de sentido começam muito antes de sermos capazes de compreender a linguagem (GADAMER, 2013). O sentido é encontrado por meio do nosso corpo, no modo como ele nos conecta com o mundo da vida em que nos encontramos (MERLEAU-PONTY, 2013). O sentido já existe antes de sermos capazes de colocá-lo em palavras. É encontrado em sonhos, intuições, anseios, rituais, símbolos, metáforas e todos os tipos de fenômenos que conectam os aspectos racionais com os não racionais da humanidade.

Em segundo lugar, o sentido - mesmo quando expresso em palavras - pode ser multinível, polifônico, contraditório ou mesmo apontar para além do que pode ser falado ou pensado. Palavras isoladas podem ser preenchidas com um rico conteúdo de conotações e memórias durante toda a vida (por exemplo, a

palavra 'casa', que pode ser um porto seguro para uma pessoa e um lugar de abuso psicológico para outra), ou carregam conotações contraditórias ao mesmo tempo. As pessoas podem inconscientemente usar metáforas para sua situação, ou pacientes e famílias podem experimentar sentidos contrários em uma mesma situação (por exemplo, a experiência de "ser um fardo" e amar alguém ao mesmo tempo).

Em terceiro lugar, a maneira como estamos abertos para descobrir o sentido pode ser prejudicada, bloqueada ou influenciada por estados de espírito, emoções e processos psicológicos. Uma pessoa que tem muito medo de uma determinada forma de sofrimento pode estar tão focada no objeto de seu medo que não há espaço para uma perspectiva diferente sobre a situação. O sentido do que está acontecendo é cheio de nuances e muito determinado pelo estado emocional da mente.

Em quarto lugar, a espiritualidade é um fenômeno que possui um caráter transformador (WAAIJMAN, 2002). A conexão de sentido que é central para a espiritualidade tem impacto no modo como os seres humanos vivem suas vidas, na maneira como se abrem para pessoas específicas, para tradições, e no modo como experienciam as coisas. O envolvimento com conexões de significado e sentido implica um processo de transformação que tem impacto não apenas nas coisas que fazemos e não fazemos, mas também no tipo de pessoa que somos e que aspiramos nos tornar. Esse caráter transformador da espiritualidade tem, portanto, impacto em nossa identidade.

Tomando em conjunto essas quatro características da espiritualidade (1. enraizada em processos não racionais; 2. com necessidade de hermenêutica e interpretação; 3. influenciada por estados de espírito e emoções; 4. potencialmente transformador) pode-se ter consciência das qualidades específicas que uma abordagem ou ferramenta de cuidado espiritual precisa apresentar. Como o modelo *Ars Moriendi* ou Diamante pode ser situado em relação a essas características definidoras da espiritualidade? Como o modelo foi desenvolvido? E qual é o fundamento teórico e empírico deste modelo?

2 As origens do modelo: espaço interior

O Modelo Diamante, uma ferramenta para a prática de cuidado espiritual no contexto da assistência paliativa, é resultante de uma pesquisa de campo realizada por um pesquisador holandês no outono de 1998 e 1999 em enfermarias de cuidados paliativos de duas casas de repouso na cidade de Rotterdam, Holanda. Parte de sua pesquisa foi realizada na forma de observação participante. O pesquisador envolveu-se no cuidado a pacientes como auxiliar de enfermagem. Ser formado como teólogo e ter escrito um PhD sobre a relação entre a vida na terra e a "vida" após a morte na teologia de Tomás de Aquino (LEGET, 1997), trabalhar em uma casa de repouso foi para ele, um choque cultural. Localizadas na segunda maior cidade da Holanda, lá não havia uma estrutura de linguagem para fornecer cuidado espiritual. O objetivo do projeto de pesquisa era desenvolver uma abordagem ou modelo que fosse aberto a uma ampla variedade de pessoas de todas as origens culturais e religiosas.

Trabalhando na enfermaria de cuidados paliativos como pesquisador, ocorreu-lhe que, embora faltasse, em geral, uma linguagem para o cuidado espiritual, muitas vezes as pessoas usavam a palavra "espaço" ao se referirem ao suporte às pessoas enfermas em suas lutas psicossociais e espirituais. Criar um espaço seguro e protegido para pacientes e familiares parecia ser o primeiro pré-requisito para bons cuidados paliativos. Mas a metáfora do espaço também era usada como referência ao mundo interior de pacientes e entes queridos. Convivendo com a metáfora, o pesquisador sentiu que alguns profissionais de saúde pareciam muito talentosos em criar tal espaço entre as pessoas, ou mesmo nas pessoas. Isto tornou-se claro para ele quando testemunhou uma conversa entre uma jovem médica e uma mulher mais velha que acabava de chegar à casa de repouso (LEGET, 2017a).

A mulher, em torno de seus 80 anos, logo na chegada confrontou a médica com um pedido de eutanásia, caso esta não conseguisse controlar o sofrimento que ela temia. Ao presenciar a conversa, o pesquisador relata que sentiu um pânico ao perceber que dificilmente a médica estaria preparada para atender tal exigência: em primeiro lugar porque de acordo com a lei holandesa da época, a eutanásia ainda não estava legalizada; em segundo lugar, porque a mulher havia

sido internada em uma casa de repouso Católica Romana que tinha como política a não realização de eutanásia. O pesquisador sentiu que estava diante não apenas de um impasse, mas de um grande dilema: ou a médica teria de transgredir os limites profissionais e legais, ou a paciente teria que recusar algo que no debate social era visto como uma forma humana de responder a autonomia da pessoa enferma. Ele não podia vislumbrar uma saída, e seu estado emocional e criatividade intelectual foram fortemente afetados pela tensão que se acumulou na sala.

Mas para sua grande surpresa, a médica não compartilhava seu estado de espírito. Ela olhou para aquela senhora e perguntou o que ela queria dizer com a palavra "eutanásia", explicando sua origem grega que significa "uma boa morte" e acrescentando que, como médica de cuidados paliativos, ela tinha muitas opções e alternativas para aliviar o sofrimento. À medida que a médica começou a explorar o que havia feito aquela paciente formular esse pedido, uma mudança de tom pôde ser sentida na comunicação. A paciente começou a explicar que seu marido havia sofrido muito nos estágios finais de sua doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e ela havia prometido a seus filhos que não sofreria daquele modo. Contando à médica como suas experiências anteriores em torno da morte e o processo de morrer de um ente querido impactaram profundamente sua visão sobre seu próprio processo de morrer, a atmosfera na sala mudou. A paciente começou a experimentar apoio emocional por meio da escuta atenta, compassiva e sem julgamentos por parte da médica. O pesquisador narra que parecia que a decisão "autônoma" da paciente mudara lentamente, afastando-se do término ativo da vida. Não porque a médica se opusera ao seu pedido, mas porque esta explorara tal pedido em um espaço emocionalmente seguro.

Refletindo sobre essa conversa, ocorreu-lhe o quanto o resultado da conversa havia sido possibilitado pela atitude interna da médica. Mas ele também ficou fascinado como o pedido da mulher havia mudado a partir do momento em que o medo do sofrimento futuro havia sido superado. O que foi decisivo para o clima e o desfecho da conversa foi a liberdade interior das duas parceiras da conversa. Uma vez que essa liberdade interior abrangia o estado emocional e as capacidades cognitivas de ambas as parceiras na conversa, o pesquisador decidiu

nomear isto com a metáfora de espaço interior. Ele sentiu que essa metáfora poderia ajudar a dar palavras a uma importante dimensão pré-racional e corporal do cuidado espiritual de forma que este ficasse desvinculado de qualquer tradição religiosa específica, mas aberto a muitas filosofias de vida. E este foi um importante ponto de partida para um modelo que poderia ajudar pacientes e famílias que apresentavam uma diversidade de origem cultural e religiosa em uma sociedade tão secularizada como a Holanda (LEGET, 2017b).

Estudando as interações entre as pessoas enfermas, entes queridos e profissionais de saúde, o pesquisador começou a ver a importância do espaço interior como um pré-requisito para uma escuta com mente aberta e sem julgamentos. Mas, ao mesmo tempo, ocorreu-lhe que o espaço interior poderia ser visto como fruto do cuidado espiritual. Desde a perspectiva do pesquisador, ao compartilhar o espaço interior em nossas interações, damos uns aos outros, reconhecimento, confirmação e liberdade interna. O espaço interior pode ser visto como a semente e o fruto do cuidado espiritual. É mais efetivo abordar a dimensão emocional e não racional (até mesmo corporal) do cuidado espiritual. Mas e quanto à dimensão hermenêutica do cuidado espiritual? Como essa dimensão poderia ser desenvolvida? Com base em seu conhecimento sobre a riqueza e a sabedoria do pensamento medieval, o pesquisador foi em busca de modelos na história.

3 A arte de morrer bem

Um dos modelos mais conhecidos de preparação para uma boa morte foi desenvolvido após a grande praga de pestes no século 14, que mais tarde foi chamada de "peste negra". De acordo com estimativas de historiadores, cerca de 50 milhões de pessoas morreram em poucos anos (60% da população da Europa Ocidental). O tempo de enfermidade era curto: pessoas morriam em uma semana. Na Idade Média, temia-se uma morte imprevista, pois reduzia as chances de entrar no céu. Assim, alguma ajuda no preparo para uma boa morte passou a ter grande importância. Uma dessas ajudas se espalhou na forma de 11 xilogravuras, representando a luta espiritual final da pessoa moribunda (GIRARD-AUGRY, 1986). A luta espiritual da pessoa enferma foi retratada como uma luta travada entre anjos e demônios para ter a alma da pessoa em processo

de morte. 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.

A arte medieval de morrer bem foi um grande sucesso, provavelmente devido à sua apresentação claramente estruturada e simples de uma tradição espiritual rica. Em comparação com as exigências do século 21, no entanto, o modelo tem suas deficiências: ele se concentra exclusivamente em uma tradição religiosa; é moralmente carregado, coloca o processo de morrer em uma dicotomia rígida entre céu e inferno; diz respeito apenas ao processo espiritual sem atenção ou integração da dimensão sócio-espiritual e física, relevante para os cuidados paliativos contemporâneos; e fez uso de categorias que não são muito atraentes ou compreensíveis para a maioria das pessoas que morrem em nossos dias. Seria possível inspirar-se nesta tradição milenar de méritos comprovados e transformá-la de modo a atender as exigências do século XXI, tendo em conta as quatro características da espiritualidade que estão elencadas no início deste artigo?

A transformação da abordagem da arte medieval de morrer em uma arte contemporânea de morrer baseia-se em duas mudanças. Em primeiro lugar, as oposições morais entre virtudes e vícios (representadas pelas palavras dos anjos e demônios) foram analisadas e reestruturadas em termos de polaridades antropológicas básicas não morais nas quais lidamos com a dimensão existencial da vida: 1) a conexão consigo e os outros; 2) fazer algo e passar por algo; 3) segurar e desapegar; 4) lembrar e esquecer; 5) saber e crer. Esses polos não representam o bem e o mal, mas são vistos como polaridades fundamentais presentes na vida humana, que estão sempre em jogo e ajudam a criar uma perspectiva sobre o processo espiritual do ser humano. Ao tomar uma decisão autônoma, por exemplo, uma pessoa pode estar mais inclinada a ser influenciada pela lealdade a outros do que pela conexão consigo mesma. Ou pode-se estar muito conectada consigo mesma de uma maneira e, ao mesmo tempo, ser leal a outras de outra forma. Portanto, essas polaridades permitem uma polifonia interna, uma vez que diferentes sentidos podem estar simultaneamente presentes, tal como no modelo medieval tanto anjos quanto demônios estavam se referindo ao moribundo.

Embora o modelo tenha sido desenvolvido em práticas de cuidado no final da vida, as polaridades universais do modelo permitem que seja amplamente utilizado em qualquer prática onde o fenômeno da espiritualidade seja estudado. Desde o seu início, as cinco polaridades com o espaço interior no centro (Figura 1) foram representadas em um diagrama que tem a forma de um diamante. Portanto, o modelo contemporâneo de *Ars Moriendi* também é conhecido como Modelo Diamante, e com razão, pois, a interpretação de um caso através das cinco polaridades fratura os diferentes sentidos inerentes a uma situação, como as muitas cores que se tornam visíveis através das qualidades de um diamante. Como isso se relaciona às quatro características da espiritualidade que listamos no início deste artigo?

4 Um espaço para interpretação

No Modelo Diamante, o espaço interior não é desenvolvido como um constructo psicométrico que favoreça uma pesquisa quantitativa, triagem ou avaliação. O espaço interior é uma metáfora que apela à arte da conversa, da escuta e da interpretação. A metáfora está localizada no centro porque a qualidade e a quantidade de espaço interior serão refletidas nos sentidos que podem ser descobertos ao usar as cinco polaridades como uma estrutura interpretativa. Desta forma, o Modelo Diamante pode ser útil durante o processo de interpretação que ocorre durante uma conversa. Quanto mais espaço interior a pessoa tiver ao escutar a outra pessoa, menos sua escuta será influenciada por seu próprio humor ou processos emocionais e cognitivos. Com mais espaço interior, a pessoa pode ser mais receptiva às diferentes camadas de sentido que ressoam na história que é contada.

O espaço interior também ajudará a compreender a dimensão não racional dos processos espirituais: a variedade de emoções, polifonias, intuições e perspectivas que não foram realmente formadas em pensamentos ainda e são difíceis de expressar em palavras. O espaço interior, portanto, também diz respeito à capacidade de estar em ressonância conosco e com a pessoa com quem estamos conversando: captar sinais, sentimentos, expressões faciais e corporais que refletem essa dimensão não racional da espiritualidade.

Quanto à qualidade hermenêutica do Modelo Diamante: as cinco polaridades constituem uma estrutura para interpretação, elas fornecem cinco perspectivas que ampliam as possibilidades de interpretação de uma única situação. Estudos têm demonstrado que de acordo com profissionais de saúde, as cinco polaridades abrangem o que eles encontram nos cuidados paliativos. No entanto, muitos dos assuntos ou temas que surgem no confronto com uma doença que ameaça a continuidade da vida, podem ser interpretados de maneiras diferentes e abrangem todas as quatro dimensões dos cuidados paliativos (física, social, psicoemocional e espiritual). Olhando para uma situação na perspectiva das cinco polaridades, pode-se descobrir como diferentes camadas de sentido estão inter-relacionadas e podem se reforçar mutuamente.

Um exemplo de como uma combinação das cinco perspectivas pode melhorar o entendimento da complexidade e dos multiníveis de um processo espiritual é a situação de uma mulher com câncer de estômago, de uma tradição religiosa holandesa reformada, que pediu a continuação de seu tratamento, embora estivesse em estado terminal, não conseguia comer e vomitava o dia todo (LEGET, 2017a, p. 191-193). Interpretando sua situação por meio das cinco polaridades, constatou-se que parecia haver pelo menos cinco motivos para ela não desapegar-se da vida, apesar de sua situação insuportável (fazer algo e passar por algo): um desejo profundo de conhecer seu neto que havia sido mantido distante dela em razão de um conflito familiar (segurar e desapegar); uma divisão em seu papel de mãe, esposa e membro de sua igreja (eu e os outros) e uma série de questões de culpa relacionadas a isso (lembrar e esquecer); e, por último, o fato de que ela estava com medo de morrer porque temia ter de queimar no inferno eternamente, e esperava ser aceita pela graça salvadora de Deus, apesar de sua pecaminosidade (saber e crer). Analisando o caso dessa mulher, não só é possível perceber o quanto a espiritualidade é uma dimensão do sofrimento conectada a todas as outras dimensões, mas também é possível compreender como várias camadas de sentido podem reforçar uma determinada forma de agir, e como o cuidado espiritual pode ajudar a lidar com o sofrimento espiritual em uma situação médica sem esperança.

Finalmente, a dimensão dinâmica e transformadora da espiritualidade

pode ser descoberta usando o mesmo modelo em vários estágios do processo espiritual. A descoberta de mudanças ao longo do tempo pode ser buscada usando o mesmo modelo em momentos diferentes. Com as cinco polaridades, no entanto, também é possível interpretar o conteúdo da transformação. Uma vez que a qualidade e o tamanho de espaço interior têm impacto na maneira como um processo espiritual se desenvolve, pode-se observar um desenvolvimento ou transformação desde uma posição onde uma polaridade ajuda na descoberta de estresse, tensões ou polifonias dolorosas, rumo a uma posição onde as polaridades são integradas e o estresse e tensões desaparecem porque há mais espaço interior. Na polaridade segurar e desapegar, por exemplo, pode ser muito difícil desapegar-se da vida enquanto a pessoa estiver muito apegada aos entes queridos. Nessa situação, alguém pode agarrar-se à vida sem muito espaço interior, e isso pode assumir a forma de um apego desesperado à vida a qualquer custo, assim como ocorreu com a mulher no exemplo acima. Se esse apego aos entes queridos for confirmado e explorado por meio de conversas espirituais, mais espaço interior pode ser desenvolvido e a natureza do apego pode ser transformada: de um apego desesperado à vida para um apego generoso à vida, com as “mãos abertas”, integrando a polaridade segurar e desapegar, numa atitude de amor e entrega.

Todo modelo ou ferramenta de conversação tem uma dimensão normativa implícita ou explícita. No Modelo Diamante, essa dimensão normativa está relacionada à metáfora do espaço interior. O modelo valoriza a liberdade interior dos seres humanos e foi projetado para ajudar a desenvolver essa liberdade interna. Em contraste com seu antecessor medieval, os polos do modelo não representam uma posição boa e uma posição ruim. A versão contemporânea do modelo foi desenvolvida para apoiar a reflexão espiritual e a conversa sobre os processos de transformação espiritual. Para algumas pessoas, isso pode significar uma integração de polaridades. Para outras pessoas, pode significar que são mais capazes de conviver com uma polifonia interna de ideias ou emoções conflitantes.

5 Trabalhando com o Modelo Diamante

O Modelo Diamante pode ser usado de diversas maneiras. Essa flexibilidade se baseia em duas características: em primeiro lugar, no centro do

modelo está uma metáfora, o espaço interior, que pode ser facilmente conectada a um amplo número de abordagens, que vão desde a atenção plena e a escuta profunda centrada na consciência até a fenomenologia. Em segundo lugar, as cinco polaridades são abstrações de tensões antropológicas fundamentais que podem ajudar a interpretar um grande número de situações concretas, utilizando os termos que são usados naquele contexto específico. A polaridade fazer algo e passar por algo, por exemplo, cobre uma ampla gama de ações humanas, desde a atividade à passividade, e desde a intervenção à receptividade. Embora as cinco polaridades tenham sido estruturadas em oposições de fácil compreensão, a lógica a que se referem pode ser expressa de várias formas. Nos últimos vinte anos, várias maneiras de trabalhar com o modelo têm sido desenvolvidas.

Desde seu início, o modelo provou ser muito útil para a educação. A metáfora do espaço interior é fácil de reconhecer e relacionar, e as cinco polaridades são úteis para se ter uma ideia do que se trata a dimensão espiritual. A introdução de profissionais de saúde no modelo pode ser feita em um tempo de uma hora e meia. Por exemplo, após trabalharem com o modelo em sua própria prática, um grupo de clínicos gerais e médicos de um lar de idosos relataram um aprofundamento em suas conversas e aumento da atenção e autoconfiança na prática do cuidado espiritual (LEGET, 2013).

Na Holanda, no contexto dos *hospices*, o modelo foi integrado ao Diário de Sintomas de Utrecht (USD-4D), permitindo a pacientes, familiares e cuidadores monitorarem não apenas as necessidades físicas e psicossociais, mas também a dimensão espiritual de suas necessidades. As cinco questões do USD-4D foram validadas, e, integrando o modelo hermenêutico a uma ferramenta existente para monitorar dimensões não espirituais, tal ferramenta torna-se mais facilmente utilizada pela equipe interdisciplinar, com base numa linguagem compartilhada e continuidade dentro da equipe para engajar-se no cuidado espiritual de acordo com a especialidade profissional (DE VRIES, 2021).

Próximo ao USD-4D, em muitos *hospices* e centros de cuidados paliativos na Holanda e na Bélgica, o Modelo Diamante vem sendo usado para relatar e discutir a dimensão espiritual na equipe multidisciplinar. Em um hospital na Holanda, na cidade de Arnhem, um panfleto apresentando o Modelo é entregue

a pacientes a fim de ajudá-los/as a organizar suas mentes e descobrir sobre quais assuntos existenciais eles podem querer conversar um pouco mais.

Capelães, capelãs e cuidadores espirituais utilizam o modelo tanto para conversar com pacientes, registrar e relatar tais conversas, quanto para refletir sobre suas próprias predileções e vieses na assistência espiritual. Capelães, por exemplo, descobriram-se menos propensos a falar sobre as polaridades relacionadas a assuntos como culpa, expiação, fé e esperança. O uso do Modelo como espelho do próprio funcionamento contribui para uma maior consciência do desempenho profissional.

6 Sintetizando o Modelo: aplicabilidade em Cuidados Paliativos no Brasil

No Brasil, os serviços de Cuidados Paliativos estão em pleno processo de estabelecimento. Em 2014, a OMS havia classificado o Brasil no nível 3A, que é a “provisão isolada de Cuidados Paliativos” (CONNOR et al., 2014, p. 36). Três anos depois, um mapeamento realizado em 198 países apontou que o Brasil passou para o nível 3B (CLARK et al., 2020), caracterizado pela prestação generalizada de cuidados paliativos, fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população. Esta última classificação foi recentemente confirmada na 2ª. edição do Atlas Global de Cuidados Paliativos (CONNOR, 2020, p. 52). Entretanto, o Brasil ainda está longe do nível 4B de integração avançada na prestação de serviços de cuidados paliativos. O lançamento da Resolução 41 de 31 de outubro de 2018 que estabelece as diretrizes para implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária foi uma ação estratégica para ampliar os serviços de cuidados paliativos no país. O mapeamento recém-publicado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos contabilizou 191 serviços de Cuidados Paliativos, um aumento de quase 8% em relação 2018, um ano antes (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020). Junto a esse desenvolvimento exponencial constatam-se vários desafios a serem superados, entre eles, a integração adequada da espiritualidade nas práticas de cuidado. Embora o Brasil seja um país profundamente religioso, a integração da dimensão espiritual/religiosa no cenário dos cuidados paliativos (também na Saúde Mental e em outros contextos) tem sido, via de regra, deixada à parte. Entretanto, há

alguns estudos que demonstram que tal integração é, por vezes, realizada com base nas próprias crenças e valores dos/as profissionais (ESPERANDIO, 2014; ESPERANDIO; MACHADO, 2018). As dificuldades também incluem: “falta de formação”; “falta de tempo”; “medo de impor as próprias crenças”; “medo de ofender pacientes”; “dilemas éticos”, “medo de ser desaprovado/a por seus pares” (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; LUCCHETTI et al., 2013; ESPERANDIO; MACHADO, 2018; ESPERANDIO; LEGET, 2020a; ESPERANDIO; LEGET, 2020b; ESPERANDIO et al., 2021).

Observa-se assim, por um lado, que a discussão sobre espiritualidade no contexto dos Cuidados Paliativos vem aparecendo cada vez mais, desde 2015, em paralelo com a expansão dos serviços de Cuidados Paliativos (ESPERANDIO; LEGET, 2020b). Por outro lado, o aprofundamento no conhecimento teórico-prático pouco tem avançado. Em geral, as pesquisas empíricas corroboram achados de estudos anteriores que destacam, como exposto acima, a carência na formação e ausência de conhecimento de ferramentas que contribuam tanto para identificar necessidades espirituais quanto para prover tais necessidades. Uma revisão de literatura mostra que a noção de cuidado espiritual não é clara, são raros os modelos disponíveis e em grande parte, dependente da boa vontade, intuição e da própria experiência religiosa de profissionais da saúde (ESPERANDIO; LEGET, 2020a). Assim, o Modelo Diamante apresenta-se como proposta possível de aplicação no contexto brasileiro, e sua consistência e abrangência podem contribuir com estudos futuros acerca de sua efetividade prática.

As cinco dimensões do Modelo Diamante podem ser sintetizadas nas cinco palavras-chave, apresentadas a seguir. Algumas perguntas para nortear a conversa espiritual são também sugeridas, como seguem (Figura 1):

- 1) Autonomia (Polaridade: Eu & o Outro)
Quem eu sou? O que realmente eu quero?
- 2) Sofrimento (polaridade: Fazer algo & Passar por algo)
Como lido com a dor e o sofrimento?
- 3) Apego/Relações (polaridade: Segurar & Desapegar)
Como eu digo adeus?

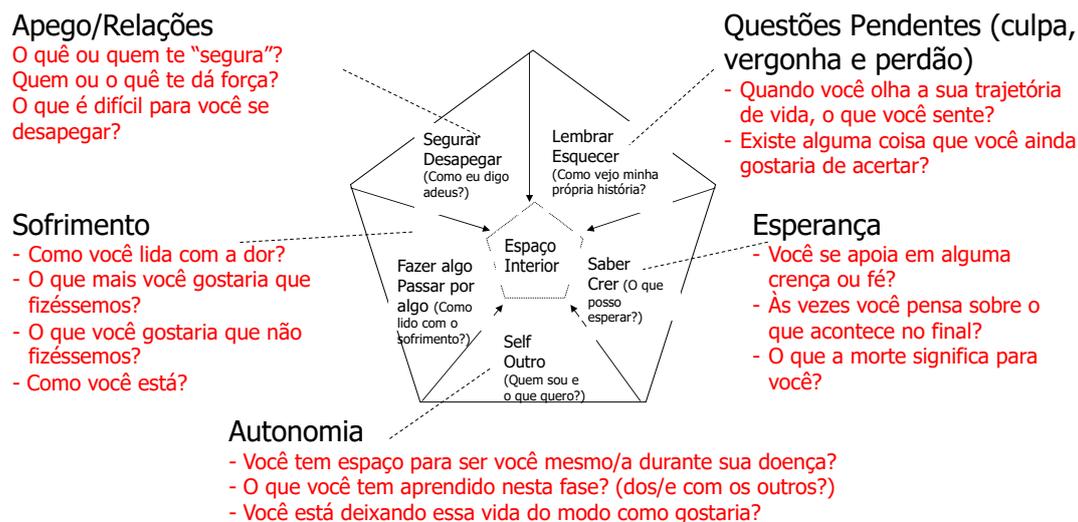
4) Questões Pendentes (Polaridade: Lembrar & Esquecer)

Como vejo minha própria história até aqui?

5) Esperança (Polaridade: Saber & Crer)

Em quê posso colocar minha esperança?

Figura 1 – O Modelo Diamante



Fonte: Adaptado de LEGET (2007); VAN DE GEER; LEGET (2012)

O último censo demográfico realizado no Brasil, dez anos atrás, apontou mudanças significativas no mapa religioso nacional (NERI, 2011; NERI; MELO, 2011). As tendências de desfiliação religiosa observadas no censo referido provavelmente serão exacerbadas, com um possível aumento no número de pessoas que se autodenominam espirituais, mas não religiosas (crer sem pertencer). Assim, a apresentação deste Modelo ao público brasileiro é oportuna, haja vista seus fundamentos antropológicos não morais e não religiosos e reforça a intenção de melhor atender às necessidades espirituais do paciente e de seus familiares, amenizando seu sofrimento e promovendo mais dignidade nas situações quando a saúde e a vida estão ameaçadas e mais vulneráveis. Além disso, é um convite para a ampliação das pesquisas neste campo. Futuros estudos poderão investigar de que modo a aplicação deste Modelo impacta nas tomadas de decisão em saúde e no processo de enfrentamento de uma doença grave e ameaçadora da continuidade da existência.

Considerações finais

Embora aberto a pessoas de todas as religiões e filosofias de vida, o Modelo Diamante também pode ser usado para possibilitar uma conversa em um contexto religioso específico ou como uma ponte para a comunicação sobre espiritualidade entre pessoas de diferentes contextos culturais e religiosos. Este Modelo vem sendo adaptado para prover cuidado espiritual a pacientes e famílias com ascendência muçulmana provenientes da Turquia e Marrocos, pacientes e famílias de herança do Suriname e pacientes que sofrem de demência em estágio inicial. Está sendo apresentado, agora, também ao contexto brasileiro e pode ser usado por capelães, capelãs e por toda a equipe multidisciplinar.

Um último destaque: A arte de morrer (*Ars Moriendi*), segundo as tradições antigas, era na verdade, a “arte de viver”, pois a preparação para a morte era um modo de vida. Portanto, o modelo não se aplica apenas a pessoas em cuidados paliativos ou em risco de morte, “mas também a pessoas saudáveis, porque o que realmente vale a pena viver é melhor descoberto à luz da própria mortalidade” (LEGET, 2007, p. 38).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Resolução Nº 41, DE 31 de Outubro de 2018. **Diário Oficial da União**, p. 276, Outubro 2018. Available at https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710 Accessed on: 25 Jun 2019.
- CLARK, D. et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 59, n. 4, p. 794- 807.e4, abr. 2020.
- CONNOR, S. **Global Atlas of Palliative Care**, 2nd Ed 2020. London, UK: Worldwide Palliative Care Alliance; Available at: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Accessed on: 28 Dez 2021.
- CONNOR, S. R. et al. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 2014. Available at: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Accessed on: 04 Dec 2021.
- DE VRIES, Sita, et al. 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**, 2021, 61.2: 287-294. e2.

ESPERANDIO, M.; LEGET, C. Spirituality in palliative care in Brazil: an integrative literature review. **REVER - Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 29–45, 28 set. 2020a.

ESPERANDIO, M.; LEGET, C. Spirituality in palliative care: a public health issue? **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 543–553, set. 2020b.

ESPERANDIO, M. R. G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião** v. 12, n. 35, p. 805–832, 28 set. 2014.

ESPERANDIO, M. R. G. et al. Spirituality in Clinical Practice: The Perspective of Brazilian Medical Students. **Journal of Religion and Health**, 9 jan. 2021.

ESPERANDIO, M. R. G.; MACHADO, G. A. S. Brazilian Physicians' Beliefs and Attitudes Toward Patients' Spirituality: Implications for Clinical Practice. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 4, p. 1172–1187, 2018.

GADAMER, Hans-Georg. **Truth and method**. A&C Black, 2013.

GIRARD-AUGRY, P. **Ars moriendi** (1492) ou L'art de bien mourir. Paris: Dervy, 1986.

LEGET, C. **Living with God. Thomas Aquinas on the Relation between Life on Earth and 'Life' after Death**. Leuven: Peeters, 1997.

LEGET, C. Retrieving the Ars moriendi tradition. **Medicine Health, Care and Philosophy** vol 10 (2007) 313-319; 54.

LEGET, C., VAN DAELEN, M.; SWART, S. Spirituele zorg in de kaderopleiding Palliatieve Zorg. **Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde** 3, 146-149, 2013.

LEGET, C.J.W. A New Art of Dying as a Cultural Challenge. **Studies in Christian Ethics**, 29, 279-285. doi: 10.1177/0953946816642974; (2016).

LEGET, C. **Art of Living, Art of Dying. Spiritual Care for a Good Death**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2017a.

LEGET, Carlo. The relation between cultural values, euthanasia, and spiritual care in the Netherlands. **Polish archives of internal medicine**, 2017b, 127.4: 261-266.

LUCCHETTI, G. et al. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 1, p. 162, dez. 2013.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Phenomenology of perception**. Routledge, 2013.

NERI, Marcelo C. (Coord.). **Novo Mapa das Religiões**. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2011. Available at: <http://www.fgv.br/cps/religiao/>. Accessed on: 28 Dec 2021.

NERI, M. C.; MELO, L. C. C. DE. Novo Mapa das Religiões (New Map of Religions) - DOI: 10.5752/P.2175-5841.2011v9n23p637. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 9, n. 23, p. 637-673, 19 dez. 2011.

NOLAN, Steve; SALTMARSH, Philip; LEGET, Carlo. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. **European Journal of Palliative Care**, p. 86–89, 2011.

SANTOS, A. F. J. DOS; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, Ú. B. DO P. **Atlas dos Cuidados Paliativos 2019 Brasil**. 1a. ed. São Paulo: ANCP, 2020.

TOMASSO, C. DE S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1205–1213, out. 2011.

VAN DE GEER, J.; LEGET, C. How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme. **Progress in Palliative Care**, v. 20, n. 2, p. 98–105, maio 2012.

WAAIJMAN, Kees. **Spirituality: Forms, foundations, methods**. Peeters Publishers, 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Definition of Palliative Care**. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed on: 17 Dec 2021.