



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal

Maria do Amparo Mota Ferreira

Doutoramento em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Alexandra Sofia Pedro Ramos Cortês Professora
Auxiliar Convidada, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal

Maria do Amparo Mota Ferreira

Doutoramento em Serviço Social

Dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal

Doutoramento em Serviço Social

Júri:

Doutora Elsa Rocha de Sousa Justino, Professora Auxiliar do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Tatiane Lúcia Valduga, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Portalegre

Doutora Élia Maria da Fonseca Cruz Costa, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra

Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Alexandra Sofia Pedro Ramos Cortês, Professora Auxiliar Convidada do Iscte Instituto Universitário de Lisboa.

Em memória dos meus pais, José e Rosa, que foram o alicerce da minha vida e cujos ensinamentos e valores permanecem vivos em mim. Seus exemplos e dedicação moldaram quem sou hoje, e sou grata por tudo que fizeram e pelo legado que deixaram.

Esta produção contempla, no que couber, as normas da American Psychological Association (APA 7ª Edição) e segue a escrita da língua portuguesa brasileira, por ser a utilizada pela autora que é brasileira.

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de uma longa caminhada, marcada por desafios e aprendizados. Desde o início, reconheço a presença constante de Deus, Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, que por meio do Espírito Santo me fortaleceu e guiou em cada etapa. Nos momentos em que minhas forças pareciam insuficientes, foi Ele quem me sustentou e tornou possível chegar até aqui. Sem Ele nada disso teria sido realizado. Toda honra e glória são Dele.

Às minhas filhas, Bruna e Bárbara, trazem alegria e significado aos meus dias.

Ao meu marido e amado José, que mesmo à distância, é o meu companheiro e apoio constante.

À minha linda netinha Maitê, fonte de vida, alegria e renovação.

Aos meus irmãos, que, de diferentes maneiras contribuíram para que eu pudesse seguir e avançar em minha jornada. De forma especial, agradeço a minha irmã Darquinha que me apoiou, inclusive, financeiramente em momentos decisivos, permitindo que eu pudesse seguir meus estudos e alcançar meus objetivos acadêmicos. Sou grata a cada um de vocês por terem feito parte da minha história.

Aos nossos docentes que muito contribuíram para estarmos vivendo esse momento de conclusão do doutorado; aos senhores, honra.

À minha orientadora Doutora Alexandra Sofia Pedro Ramos Cortês por toda ajuda, dedicação e conhecimento compartilhado.

Gratidão a minha amiga, D'Angelles Coutinho, por seu papel fundamental nessa jornada. Nossas trocas de conhecimento e reflexões enriqueceram não apenas este trabalho, mas também minha visão de mundo. Cada discussão foi oportunidade de aprendizado e crescimento, que me impulsionou a alcançar um patamar mais elevado. Sua sabedoria, generosidade e amizade foram uma verdadeira inspiração ao longo de todo o processo.

Às colegas, assistentes sociais, na atenção em cuidados paliativos das unidades hospitalares que contribuíram com tempo e disposição na aplicação das entrevistas;

A equipe de capelania hospitalar do Hospital Universitário Lauro Wanderley João Pessoa Brasil, pela amizade, carinho, orações e intercessões a Deus, em meu favor, gratidão;

De forma especial, agradeço às "Mulheres Vitoriosas" um grupo que se tornou um espaço de partilha, apoio e crescimento mútuo. Com elas, pude falar das minhas fraquezas, dividir minhas dificuldades e celebrar os avanços, sempre encontrando escuta, compreensão e força para seguir em frente. Essas mulheres, em suas palavras e gestos, me ajudaram a

permanecer confiante de que seria possível alcançar o propósito desejado. Essa conexão foi mais do que um apoio, foi um encontro que trouxe clareza sobre o que Deus deseja para nós e sobre a importância de caminharmos juntas nesta vida.

A todos os colaboradores do ISCTE que nos apoiou em todo o caminhar.

Aos Colegas doutorandos, amizades construídas na caminhada, nas trocas no convívio gostoso e produtivo.

Aos meus colegas de trabalho, Assistentes Sociais do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB - Brasil, agradeço pelo incentivo, o apoio, às trocas, a torcida.

Agradeço especialmente a minha amiga e companheira de trabalho Thatiana Nogueira, pela escuta generosa e paciência e por sempre trazer novas perspectivas às nossas discussões. Sua capacidade de elevar o nível das conversas e me ajudar a compreender aquilo que antes parecia difícil foi inestimável. Sua amizade e apoio fizeram diferença nesta jornada.

Agradeço a todas as pessoas com quem compartilhei momentos ao longo desta jornada. Esses encontros, marcados por empatia, troca e aprendizado, foram fundamentais para meu crescimento e para alcançar meus objetivos. Mesmo aquelas que não foram mencionadas aqui diretamente, mas que estiveram presentes de alguma forma, deixaram contribuição única. A cada um deles, minha gratidão pelo impacto positivo que tiveram nesse caminho.

Resumo

Esta tese analisa a percepção dos assistentes sociais acerca da dimensão espiritual enquanto direito humano e sua relevância na atenção paliativa em Portugal. Este objetivo geral foi desdobrado em três objetivos específicos: compreender a percepção dos assistentes sociais sobre a relação entre espiritualidade e saúde no contexto dos cuidados paliativos; examinar como os assistentes sociais reconhecem e incorporaram a dimensão espiritual como uma necessidade humana em suas práticas nos cuidados paliativos; avaliar os efeitos articulação da espiritualidade pelos assistentes sociais na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. A abordagem foi qualitativa, utilizando entrevistas semi estruturadas com assistentes sociais de unidades de cuidados paliativos na rede de hospitais públicos nas regiões de saúde de Portugal Continental e Regiões autónomas. A análise dos dados foi realizada com o software IRAMUTEQ, explorando padrões e categorias relevantes. Os resultados revelaram que os assistentes sociais reconhecem a espiritualidade como uma necessidade humana essencial nos cuidados paliativos. Contudo, identificaram-se barreiras para sua integração na prática cotidiana, como a insuficiência na formação específica e a ausência de políticas institucionais que formalizam essa abordagem. A tese contribui para o debate sobre a espiritualidade como direito humano e sua inclusão em práticas de Serviço Social e saúde. Além de aprofundar o entendimento da espiritualidade nos cuidados paliativos, a pesquisa oferece subsídios práticos para o fortalecimento de políticas públicas e programas de formação que integrem essa dimensão no cuidado. Assim, promove uma visão integral, destacando o papel do Serviço Social na abordagem das múltiplas dimensões das necessidades humanas.

Palavras-chave: Saúde integral, Dimensão espiritual, Serviço Social, Cuidados paliativos, Espiritualidade e saúde, Direitos humanos.

Abstract

This thesis analyzes the perception of social workers regarding the spiritual dimension as a human right and its relevance in palliative care in Portugal. This overall objective was divided into three specific goals: to understand social workers' perceptions of the relationship between spirituality and health in the context of palliative care; to examine how social workers recognize and incorporate the spiritual dimension as a human need in their palliative care practices; and to evaluate the effects of articulating spirituality by social workers on the quality of life of patients in palliative care. The research adopted a qualitative approach, using semi-structured interviews with social workers from palliative care units within the public hospital network in the health regions of mainland Portugal and the autonomous regions. Data analysis was conducted using IRAMUTEQ software, exploring relevant patterns and categories. The results revealed that social workers acknowledge spirituality as an essential human need in palliative care. However, barriers were identified for its integration into daily practice, such as insufficient specialized training and the absence of institutional policies formalizing this approach. The thesis contributes to the debate on spirituality as a human right and its inclusion in social work and healthcare practices. In addition to deepening the understanding of spirituality in palliative care, the research provides practical contributions to strengthening public policies and training programs that integrate this dimension into care. Thus, it promotes a holistic vision, highlighting the role of social work in addressing the multiple dimensions of human needs.

Keywords: Holistic health, Spiritual dimension, Social work, Palliative care, Spirituality and health, Human rights.

Glossário de Abreviaturas e Siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CRP	Constituição da República Portuguesa
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FICA	<i>Faith, Importance and Influence, Community and Address</i> (Fé, Importância e Influência, Comunidade e Endereço)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
ICESCR	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (<i>International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i>)
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
NUPES-UFJF	Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora
ODS	Objetivos Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PROBEX	Programa de Bolsas de Extensão
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STs	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	União Europeia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UU	Utrecht University

Índice de figuras

Figura 1.1 - Mapa Político de Portugal: Divisões Oficiais do País	71
Figura 1.2 - Nuvem de palavras gerada a partir do corpus textual	85
Figura 1.3 - Dendrograma gerado pela Classificação Hierárquica Descendente	97
Figura 1.4 - Plano cartesiano gerado pela Análise Fatorial de Correspondência)	100

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Glossário de Abreviaturas e Siglas	ix
Índice de figuras	xi
Capítulo 1 - A multidimensionalidade da pessoa humana em sua relação com a saúde	6
1.1 A multidimensionalidade da pessoa humana	6
1.2 A dimensão espiritual humana e sua relação com a saúde.....	12
1.3 A integralidade da atenção na saúde	18
Capítulo 2 - A dimensão espiritual enquanto direito humano	23
2.1 Direitos fundamentais e direitos humanos	23
2.2 Direitos humanos e saúde.....	30
2.3 Direitos humanos como princípio norteador do exercício profissional do assistente social	47
Capítulo 3 - Serviço social na saúde e a determinação social da doença como perspectiva para a intervenção profissional e inserção da espiritualidade na abordagem em cuidados paliativos	56
Capítulo 4 - Metodologia	68
4.1 Tipo de pesquisa	68
4.2 Caracterização das instituições <i>lócus</i> da pesquisa	69
4.3 Procedimento para coleta de dados.....	77
4.4 Universo da Pesquisa	77
4.5 Análise de dados	81
4.6 Aspectos éticos	82

Capítulo 5 - Análise da percepção dos assistentes sociais da atenção paliativa em Portugal, inerente a dimensão espiritual enquanto direito humano	84
5.1 Nuvem de palavras e análise das frequências no <i>corpus</i>	84
5.2 Análise das classes geradas pela classificação hierárquica descendente.....	90
5.3 Distribuição espacial das classes gerada pela análise fatorial de correspondência.....	97
Considerações finais.....	101
Referências	104
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	117
Apêndice B-Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz com a Finalidade de Pesquisa.....	119
Apêndice C - Questionário Sócio Demográfico	120
Apêndice D - Roteiro de Entrevista Semi Estruturada	121
Anexo A - Parecer Comissão de Ética.....	124

Introdução

A dimensão espiritual tem se consolidado, nas últimas décadas, como uma parte essencial do entendimento da saúde humana. Desde a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a espiritualidade como um componente fundamental da saúde, ao lado das dimensões física, psicológica, social, mental e cultural.

Esse reconhecimento trouxe uma nova compreensão sobre a atenção integral à saúde, especialmente nos cuidados paliativos, no qual o objetivo não é apenas aliviar sintomas físicos. Isso significa reconhecer que o alívio do sofrimento não se limita à dimensão física ou biológica, mas abrange os aspectos social, emocional, mental, espiritual e cultural, que são essenciais para a dignidade e bem-estar do indivíduo.

Segundo Lucchetti (2022), Harold Koenig realizou, em 2012, uma revisão sistemática de 3.300 estudos, encontrando que cerca de 80% das evidências científicas nessa área relacionam religiosidade e espiritualidade à saúde mental. Essa revisão mostrou associações positivas, como maior bem-estar, felicidade, autoestima, esperança e otimismo, além de menores níveis de sintomas depressivos, ansioso e menos prevalência de uso de substâncias.

Nessa direção, Puchalski (2001) aponta que crenças espirituais desempenham um papel fundamental no enfrentamento de doenças e na aceitação da morte. Em um estudo com 108 mulheres com câncer ginecológico, 93% relataram que suas crenças espirituais as ajudaram a lidar com a doença, enquanto 75% declararam que a religião tinha um papel significativo em suas vidas, e 49% afirmaram ter se tornado mais espirituais após o diagnóstico. Além disso, entre 90 pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivo, aqueles com maior envolvimento espiritual relataram menor medo da morte e menos culpa. Uma pesquisa da Gallup reforça essa relação, mostrando que, ao serem questionados sobre preocupações em seus últimos momentos, as pessoas priorizavam companhia e conforto espiritual em vez de questões financeiras ou sociais.

Puchalski (2001) destaca ainda que o luto é um dos maiores fatores de estresse na vida. Em um estudo envolvendo 145 pais que perderam seus filhos para o câncer, 80% relataram encontrar conforto em suas crenças espirituais. Um ano após a perda, esses pais apresentaram melhores indicadores emocionais e fisiológicos. Além disso, 40% deles relataram que seu compromisso religioso se fortaleceu ao longo do ano anterior à morte de seus filhos. Assim, cuidar plenamente de uma pessoa implica enxergá-la como um ser

integral, cuja qualidade de vida depende do atendimento a todas essas dimensões interconectadas.

No contexto dos direitos humanos, a inclusão da espiritualidade no cuidado em saúde, reflete um avanço ético e humanizador, reforçando a ideia de que todas as dimensões da pessoa devem ser respeitadas para assegurar sua dignidade e qualidade de vida.

Em Portugal, o debate sobre a espiritualidade nos cuidados paliativos ainda está em fase de expansão, particularmente no campo do Serviço Social, uma área voltada para a intervenção nas questões sociais e a defesa dos direitos e da dignidade dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

No contexto dos cuidados paliativos, os assistentes sociais desempenham um papel essencial ao buscar assegurar que os pacientes e suas famílias recebem apoio para enfrentar os desafios sociais, econômicos e relacionais associados à doença grave, promovendo uma atenção integral que respeita a totalidade do ser humano.

Diante desse cenário, a presente investigação busca explorar a percepção desses profissionais sobre o direito à espiritualidade, compreendida tanto como uma necessidade humana básica quanto como um componente de saúde reconhecido pela OMS. A relevância deste estudo está em preencher possíveis lacunas na prática e na formação do Serviço Social, contribuindo para o fortalecimento de uma visão de cuidado integral que valorize todas as dimensões do ser humano e, conseqüentemente, proporcionar uma atenção em saúde, mais ética, inclusiva e humanizada.

Dessa forma, detalhando a relevância deste estudo também está ancorada em vivências pessoais e profissionais que revelaram a importância da dimensão espiritual para usuários hospitalizados. Em minha atuação voluntária em capelania hospitalar, a escuta ativa e qualificada permitiu identificar que muitos pacientes consideram a espiritualidade e a fé fundamentais para o enfrentamento do processo de adoecimento.

Essa prática voluntária, realizada de forma independente da atuação profissional no Serviço Social, proporcionou uma visão mais ampla e sensível sobre a relevância da espiritualidade, mostrando como essa dimensão pode oferecer conforto e colaborar para o enfrentamento mais positivo da doença.

Embora distintas, essa experiência convergiu para influenciar minha prática profissional enquanto assistente social. A vivência voluntária despertou em mim uma percepção mais clara sobre a necessidade de valorizar a espiritualidade como parte integral do cuidado em saúde, especialmente no contexto de cuidados paliativos. Essa compreensão reforçou a importância de investigar como o Serviço Social pode incorporar essa dimensão

de maneira ética e humanizada, reconhecendo sua relevância para a qualidade de vida dos usuários..

Diante da relevância destacada, para este estudo, foram apontados objetivos que guiaram. Esses objetivos visam não apenas aprofundar o entendimento sobre o tema, mas também fornecer subsídios práticos e teóricos que possam contribuir para futuras investigações. **Assim, o** objetivo geral desta pesquisa **é** analisar a percepção dos assistentes sociais acerca da dimensão espiritual enquanto direito humano e sua relevância na atenção paliativa em Portugal.

Os objetivos específicos, por sua vez, são os seguintes: compreender a percepção dos assistentes sociais sobre a relação entre espiritualidade e saúde no contexto dos cuidados paliativos; examinar como os assistentes sociais reconhecem e incorporaram a dimensão espiritual como uma necessidade humana em suas práticas nos cuidados paliativos; avaliar os efeitos da articulação da dimensão espiritual pelos assistentes sociais na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

À luz dos objetivos específicos estabelecidos, a estrutura do presente trabalho organiza-se em cinco capítulos, sendo os três primeiros voltados para fornecer as bases para a compreensão dos aspectos fundamentais e complementares da complexa relação entre a pessoa humana e a saúde, com foco na espiritualidade como um direito humano intrínseco e indispensável. O desenvolvimento desses capítulos atende ao propósito de promover uma compreensão multidimensional e integrada que situe a saúde além dos limites das abordagens fragmentadas e reducionistas, enfatizando a necessidade de uma visão integrada que examina de forma crítica a complexidade inerente à natureza humana. Já os dois últimos, abordam os elementos metodológicos e empíricos da investigação realizada para atender ao objetivo geral.

No primeiro capítulo, intitulado a “Multidimensionalidade da pessoa humana em sua relação com a saúde”, aprofunda-se na análise dos diversos elementos que compõem o ser humano a complexidade do ser humano, considerando suas múltiplas dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural que se entrelaçam e influenciam mutuamente na construção do conceito de saúde integral. Ademais, este capítulo estabelece o arcabouço teórico que fundamenta a compreensão de uma visão integrada e interdisciplinar do ser humano em sua totalidade, para respaldar prática de cuidado que atendam verdadeiramente a dignidade e integridade de cada indivíduo.

O segundo capítulo, “A dimensão espiritual enquanto direito humano”, aprofunda-se na discussão sobre a espiritualidade, reconhecendo-a como um componente essencial da

dignidade humana e, conseqüentemente, um direito universal. No entanto, em Portugal, assim como em muitos outros contextos, essa dimensão enfrenta barreiras estruturais e políticas que dificultam sua efetivação, especialmente no âmbito das políticas públicas de saúde.

É possível que essas dificuldades decorram, em grande parte, da ausência de reconhecimento da espiritualidade como uma necessidade humana fundamental, o que restringe a formulação e a implementação de políticas públicas que contemplem esse direito.

É importante destacar que em diversos países, com sistemas de saúde predominantemente orientados por uma visão biomédica e fragmentada do ser humano negligenciam a dimensão espiritual, mesmo diante de evidências de sua relevância para o cuidado integral e humanizado.

Diante deste cenário global, o Serviço Social assume um papel estratégico e crítico. Como profissão comprometida com a promoção de direitos humanos e com a justiça social, é essencial que os assistentes sociais adotem uma postura de enfrentamento frente a negação desse direito. Nessa postura assumida, deve estar incluída a reivindicação da espiritualidade como parte integrante de um modelo de cuidado ético e universal, desafiando estruturas governamentais e institucionais que perpetuem essa exclusão.

No terceiro capítulo, “O Serviço Social na saúde”, há uma abordagem acerca do papel do Serviço Social a partir de uma perspectiva crítica, com ênfase na mediação voltada para inclusão da dimensão espiritual enquanto direito humano no contexto da saúde, buscando garantir que a espiritualidade seja reconhecida e integrada nas práticas de saúde. Com isso, é possível assumir um papel ativo entre o indivíduo e as políticas públicas, promovendo um cuidado que transcende o biomédico ao incorporar a espiritualidade nesse contexto, e reforçando o compromisso com uma saúde integral e inclusiva.

O quarto capítulo, “O percurso metodológico”, descreve as escolhas metodológicas da pesquisa, detalhando o processo de coleta e análise de dados. Esta seção busca justificar a abordagem adotada, garantindo a validade e a profundidade necessárias para compreender as percepções dos profissionais de Serviço Social sobre a espiritualidade no contexto da saúde e dos cuidados paliativos.

O quinto capítulo, “Análise da percepção dos assistentes sociais da atenção paliativa em Portugal, inerente à dimensão espiritual enquanto direito humano”, apresenta e analisa os resultados da pesquisa, explorando como os profissionais de Serviço Social percebem e incorporam a dimensão espiritual no contexto dos cuidados paliativos. Este

capítulo visa revelar as perspectivas dos assistentes sociais sobre o papel da espiritualidade na atenção paliativa, examinando os desafios e as potencialidades para sua efetiva inclusão como direito humano no campo da saúde.

Desse modo, a análise dos dados permite uma compreensão das práticas e da mediação que os profissionais de Serviço Social realizam entre as demandas espirituais dos usuários e as limitações e as possibilidades oferecidas pelo sistema de saúde. De forma mais específica, os dados serão correlacionados com o referencial teórico adotado, proporcionando, assim, uma análise que evidencia as interações entre os conceitos estudados e as práticas observadas.

Por fim, seguem as considerações finais, momento em que são sintetizadas as principais contribuições da pesquisa, oferecendo uma reflexão crítica sobre os achados e suas implicações para a prática profissional do Serviço Social na saúde. Ademais, discute-se o alcance dos objetivos estabelecidos e a relevância da espiritualidade como componente essencial para uma saúde integral e humanizada.

A tese se encerra com as referências, na qual são listadas todas as obras e fontes consultadas, garantindo o rigor e a fundamentação teórica da pesquisa. Além disso, apêndices e anexos que são elementos complementares que contribuem para a compreensão detalhada dos métodos, dados ou instrumentos utilizados ao longo do estudo.

Capítulo 1 - A multidimensionalidade da pessoa humana em sua relação com a saúde

Neste capítulo serão apresentadas discussões relacionadas à noção de multidimensionalidade da pessoa humana, da dimensão espiritual humana e da integralidade da atenção na saúde. Todas elas, tomadas em conjunto, fornecem suporte para que seja possível compreender qual é a visão do ser humano abordada nesta tese, as necessidades dela derivadas, e como o atendimento em saúde pode abarcar esse ser humano.

1.1 A multidimensionalidade da pessoa humana

Na vasta complexidade da existência humana há uma teia de particularidades intrincadas que compõem e determinam quem somos. Sendo assim, é difícil a compreensão que o ser humano seja visto de forma unidimensional, pois sua natureza é intrinsecamente multidimensional e traz uma interconexão dinâmica de vários aspectos e que se interligam e influenciam mutuamente.

Portanto, esta seção propõe explorar a multidimensionalidade do ser humano, emergindo em algumas das suas diversas camadas buscando discernir as interações entre elas e em sua totalidade, incluindo as dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

A multidimensionalidade humana concerne ao fato de que este é composto de várias características ou dimensões que se complementam e relacionam-se entre si, propiciando a este a construção particular e individual da experiência na vida.

A natureza humana e sua multidimensionalidade refere-se, nesse sentido, à diversidade e à complexidade na interação das dimensões que se interligam e concebem a experiência do ser humano. Logo, reconhecer essas variadas e múltiplas singularidades e explorá-las poderá contribuir para uma compreensão integral, envolvendo a sua totalidade.

No entanto, é importante perceber que essas dimensões não estão, precisamente, em todo tempo, em uma relação harmoniosa. Poderá haver conflitos entre essas dimensões humanas que pode referir-se a uma variedade de situações, sejam éticos, emocionais, culturais, sociais, existenciais, morais, entre outros. Lidar com esses conflitos, portanto, requer autocompreensão, empatia, comunicação e mesmo orientação profissional. É importante perceber que o conflito também faz parte da experiência humana.

Um exemplo referente a essa possibilidade de conflito está na situação hipotética exposta a seguir: alguém demonstra dificuldade em aderir a um tratamento medicamentoso porque sente que não possui tempo para interromper o trabalho e ingerir a substância. Nesse caso, existe uma dimensão ligada à saúde físico-biológica, mas também uma dimensão social ligada também ao seu trabalho. Para que haja aderência ao tratamento, é necessário considerar ambas as dimensões, e não somente aquela ligada à saúde físico-biológica.

Nesse entendimento é importante notabilizar que muitos autores abordaram e contribuíram na construção da percepção multidimensional do ser humano, percebendo suas diversas dimensões sem contudo formalizar um conceito, entre estes cita-se Abraham Maslow (1943), psicólogo americano, famoso pela hierarquia das necessidades humanas que descreve as diferentes dimensões das necessidades humanas. E Ken Wilber (2000), filósofo e escritor, que desenvolveu a teoria do integralismo a qual busca agrupar várias perspectivas e dimensões do ser humano, incluindo o aspecto físico, mental, emocional e espiritual.

Essas direções podem ser entendidas como uma busca para perceber o ser humano e pode contribuir na superação do legado cartesiano que traz como consequência a visão fragmentada do ser e implicações no seu viver e na atenção das suas necessidades.

Nesse sentido, é possível compreender que as dimensões física, emocional, mental, social, espiritual e cultural são frequentemente destacadas ao se discutir a natureza humana e têm instigado a abordagem por diversas disciplinas como a filosofia, antropologia, psicologia e espiritualidade. A dimensão física está ligada ao corpo físico, no qual se manifestam as habilidades motoras, o sono, as necessidades básicas, a saúde em relação às funções do corpo de maneira geral.

A dimensão emocional diz respeito à experiência humana que envolve sentimentos, emoções e afetos. Essa dimensão tem importante relevância na nossa vida diária, visto que influencia nossos pensamentos, comportamentos e relacionamentos.

A dimensão mental refere-se ao raciocínio, ao pensamento, às funções de aprendizagem, resolução de problemas e criatividade. Também se relaciona com a forma como as pessoas percebem o mundo e a si próprias, o que inclui a dimensão subjetiva das experiências.

A dimensão espiritual, por sua vez, também é inerente ao ser humano, pois possibilita a busca de sentido e crescimento individual para a existência, ou seja, é uma faceta importante na vida humana.

A dimensão social refere-se aos relacionamentos, interações e conexões com outras pessoas. É difícil atribuir essa dimensão a uma única pessoa, pois é nas interações sociais que nos desenvolvemos enquanto seres humanos (Vygotsky, 1991). Entretanto, isso não significa dizer que a dimensão social é mais importante do que as outras.

A dimensão cultural refere-se aos aspectos específicos que caracterizam e diferenciam culturas umas das outras. Esse conceito é geralmente utilizado em estudos como antropologia e sociologia, visando entender como diferentes sociedades se organizam, se comportam e interpretam o mundo.

As diversidades na compreensão do ser humano estão fundamentadas nas amplas possibilidades do pensamento historicamente construído e que se tornam predominantes em uma época influenciada pelas experiências na vida de cada pensador, como este percebe o mundo, pelo contexto que está inserido, variando, portanto, a compreensão das dimensões que o compõe.

Para ilustrar o que está posto acima, pensemos na diferença do pensamento sobre a dimensão física dos autores René Descartes e Pierre Bourdieu. Descartes propôs uma dualidade entre a mente e o corpo, argumentando que são duas substâncias distintas e separadas. Essa visão é expressa em sua obra “Meditações Sobre a Filosofia Primeira”, em que o autor discute o dualismo entre a mente e o corpo. Bourdieu, em suas obras, “A Distinção” e “O Poder Simbólico”, aborda a dimensão física, na sua teoria do *habitus*, e diz que as práticas corporais são incorporadas e internalizadas pelos indivíduos por meio da socialização. Ambos, viveram em tempos e sociedades diferentes e expressaram seus pensamentos de forma distintas sobre o mesmo tema.

Ainda buscando argumentos de pensadores com a percepção multidimensional do ser humano, na sociedade contemporânea, identificamos na literatura obras que contribuem com a temática. Nessa linha, foram elencados autores como Edgar Morin, Viktor Frankl, Harold Koenig, Rodrigo Toniol, Christina Puchalski. Estes autores, em suas obras, têm em seus posicionamentos filosóficos e reflexões importantes sobre a fragmentação, seja do conhecimento, do ser humano, da educação ou da saúde.

Um exemplo simples e de fácil visualização e compreensão é o corpo do ser humano. Os órgãos funcionam de forma integrada, mas, ao mesmo tempo, individualmente exercem suas funções sem exclusão um dos outros ou supervalorização de um em detrimento dos demais. Cada um exerce suas funções específicas e em conjunto para o bom desempenho do todo.

Não são poucos os pensadores que envidaram esforços para livrar o ser humano do reducionismo e fragmentação, de uma visão isolada que o destaca da sua totalidade. Em qualquer uma das suas dimensões, vista de forma isolada, a física, social, emocional, mental ou espiritual, o ser humano não está sendo visto na sua totalidade e isso implica em prejuízos, dado que não está contemplado na sua integralidade.

O primeiro autor destacado, o francês Edgar Morin, é um influente pensador na contemporaneidade, com formação universitária em história, geografia, economia, sociologia e filosofia. Ele tem, durante décadas, contribuído por meio de sua produção literária com diferentes temas em áreas como: educação, filosofia, antropologia, história e ciências biológicas. Suas obras têm sido importantes para a compressão do ser humano na sua complexidade e integralidade na perspectiva de alcançar as suas múltiplas dimensões e assim encontrar meios para suprir as suas necessidades neste lugar chamado universo.

A vivência do autor no meio multidisciplinar deu-lhe suporte e alicerce para a sua teoria da complexidade. O autor busca fazer uma relação com os diversos saberes, com o cuidado de não se limitar ao reducionismo que é o veio seguido pelo paradigma da simplificação por ele contestado.

Morin (2003) destaca que o ser humano é uma existência complexa, composta por múltiplas dimensões que se interligam e coexistem. Ele explica que não somos apenas seres biológicos ou culturais isoladamente, mas uma combinação de aspectos físicos, cerebrais, espirituais e culturais que nos conectam ao universo. O autor ressalta que, ao mesmo tempo que somos parte do cosmos e da natureza, nossa humanidade, expressa por meio da consciência, do pensamento e da cultura, nos distancia desses mesmos cosmos, criando uma sensação de estranhamento. No entanto, essa separação é acompanhada por uma ligação íntima e sutil com o universo, reforçando a ideia de que somos, simultaneamente, ligados ao cosmo e seres que transcendem por meio de nossa reflexão e pensamento.

Viktor Emil Frankl é outro autor elencado neste trabalho para fundamentar a percepção multidimensional do ser humano. Ao longo de sua trajetória, compilou suas ideias em uma extensa obra que abrange cerca de vinte volumes. A Logoterapia, sua principal contribuição teórica, que explora o sentido da vida como força motivadora essencial, é um método aplicável a indivíduos em qualquer circunstância da vida. Em sua obra mais emblemática, “Em Busca de Sentido” (1946), Frankl relata as experiências vividas nos campos de concentração nazistas, utilizando-as como base para desenvolver a compreensão de que o ser humano é uma totalidade que integra dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Frankl (1946) ressalta que a dimensão espiritual, por muito

tempo negligenciada, deve ser reconhecida não como um elemento superior às demais, mas como parte indissociável do ser humano, cuja ausência compromete a visão integral da existência.

Frankl (2016) reflete profundamente sobre a condição humana frente às adversidades e as marcas deixadas por experiências temas. Ele questiona: “O que é que fizeram com o ser homem, que o destroçaram, pondo-o como uma cerâmica de cacos e rachaduras, de fissuras qualitativas?” (Frankl, 2016, p. 65). Em continuidade, o autor enfatiza: “Pois, eu gostaria de definir agora o homem como unidade, apesar da pluralidade, porque há uma unidade antropológica apesar das diferenças ontológicas, apesar das diferenças entre as espécies do ser diferenciáveis” (Frankl, 2016, p. 65).

Desse modo, fica clara a visão do autor sobre a integralidade do ser humano, mesmo diante das fragmentações provocadas por vivências, reforçando a ideia de que, apesar das rupturas, há uma essência que permanece intacta.

Harold G. Koenig, renomado médico e professor americano, é outra importante referência na abordagem da integralidade do ser humano, defendendo a inseparabilidade entre as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Nascido em Lodz Califórnia, Koenig formou-se em medicina pela Universidade de Stanford e tornou-se pioneiro no estudo das relações entre religião, espiritualidade e saúde. Seu trabalho se destaca por evidenciar como a espiritualidade pode atuar como fator preventivo em diversos quadros de saúde.

Além de suas contribuições acadêmicas, ele desempenha múltiplas funções na área médica, sendo professor de psiquiatria e ciências comportamentais na Universidade de Duke, bem como diretor do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde dessa mesma instituição. Koenig enfatiza que, ao compreender o ser humano de forma integral, torna-se evidente a negligência que ocorre ao desconsiderar a dimensão espiritual nos cuidados em saúde. O autor defende que essa lacuna compromete a assistência completa ao paciente.

Em sua obra “Medicina, Religião e Saúde: O Encontro da Religião e da Espiritualidade”, Koenig (2002) ressalta que o ser humano deve ser visto como um todo, com necessidades que vão além do físico e do psicológico, abrangendo também o social e o espiritual.

Nessa direção, para Koenig (2002),

Negligenciar a dimensão espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, e resulta em falha ao tratar a pessoa integralmente”. Os cientistas estão se tornando cada vez mais conscientes dos

caminhos biológicos pelos quais fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças, e influências similares podem ser logo identificadas também por fatores espirituais (Koenig, 2002, p. 5).

Neste campo, Rodrigo Ferreira Toniol é um destacado pesquisador brasileiro que tem se dedicado a investigar a integralidade do ser humano, abordando temas que interligam saúde, religião, corpo e ciência. Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Toniol atualmente exerce a função de professor adjunto no Departamento de Antropologia Cultural da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sua trajetória acadêmica inclui um período de pós-doutorado na Universidade de Utrecht, Holanda, no Departamento de Filosofia e Estudos de Religião.

Ao longo de sua carreira, Toniol produziu uma série de livros, capítulos e artigos que enfatizaram a importância de considerar a espiritualidade como parte essencial da experiência humana, especialmente no campo da saúde.

Em sua pesquisa atual, intitulada “Espiritualidade Institucionalizada: Políticas Públicas, Usos Clínicos e Pesquisas Médicas na Legitimação da Espiritualidade como Fator de Saúde no Brasil”, o autor explora a crescente valorização da espiritualidade nos contextos institucionais de saúde (UFRJ, 2022).

Toniol, na supramencionada pesquisa, sinaliza que essa ascensão reflete um movimento de reconhecimento formal da espiritualidade como elemento relevante no cuidado integral dos pacientes, evidenciando uma nova compreensão que associa práticas espirituais ao bem-estar e a promoção da saúde.

Christina Puchalski, autora, que faz parte do elenco de estudiosos que percebem a multidimensionalidade do ser humano, é médica, nascida nos Estados Unidos da América e associada do departamento de medicina e ciências do cuidado da saúde da escola de medicina da Universidade George, em Washington D.C, nos Estados Unidos.

A autora em foco, Christina Puchalski, criou em 1996, em colaboração com três médicos de cuidados primários (Drs. Daniel Sulmasy, Joan Teno e Dale Matthews), a ferramenta FICA¹ (Fé, Importância e Influência, Comunidade e Endereço) para avaliação espiritual. Essa ferramenta fornece uma maneira para o clínico integrar de forma eficiente as questões abertas em um histórico médico padrão e pode ser usado por profissionais de saúde (Borneman, Ferrell, & Puchalski, 2010).

¹ Originalmente a sigla FICA vem do inglês e remete à *Faith, Importance and Influence, Community and Address*.

A autora deste trabalho é guiada pela ideia de que em qualquer área que um profissional se proponha a trabalhar com o ser humano, este seja visto na perspectiva multidimensional em que haja a interlocução entre as partes que o compõem. Desse modo, assume uma visão global que permita acontecer uma interação harmoniosa, com respeito ao diverso, bem como as singularidades da pessoa humana, sendo visto em sua totalidade.

Nesse sentido, sendo a saúde uma condição inerente ao ser humano, que transcende a ausência de doença, é necessário considerar todos os aspectos que configuram as suas dimensões física, mental, espiritual, cultural, emocional e social, ou seja, o ser na sua integralidade. Nesse sentido, é axiomático que as queixas e demandas de cuidado pertinente à saúde não estão apenas relacionadas à dimensão física, com uso muitas vezes apenas da opção medicamentosa, sob uma abordagem puramente biológica, sendo compreensível, portanto, que não se chegue com êxito aos objetivos esperados, pois não é suficiente para que as pessoas recuperem a saúde e o seu bem-estar.

1.2 A dimensão espiritual humana e sua relação com a saúde

A compreensão da saúde humana transcende o simples funcionamento físico e bioquímico do corpo. Existe uma dimensão muitas vezes negligenciada, porém profundamente significativa que permeia a experiência humana: a dimensão espiritual. Essa seção do trabalho, portanto, explora a intersecção entre a espiritualidade e a saúde, reconhecendo a importância que a esfera espiritual possui na existência humana.

Reconhecendo essa relevância, o papel da espiritualidade na saúde começou a ser considerado em contextos globais. Em 1984, a Organização Mundial de Saúde se reuniu em Genebra, Suíça, durante a trigésima sétima Assembleia Geral. Entre as resoluções aprovadas, destacou-se a decisão WHA 37.13, que reconheceu a dimensão espiritual como componente importante na saúde. Toniol (2017) descreve com base nos arquivos da OMS:

Tendo considerado o relatório da direção geral da OMS sobre a dimensão espiritual para o “Programa saúde para todos no ano 2000” e também acompanhando as indicações do Comitê executivo sobre a resolução EB73.R3 a assembleia:

[...] reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. Afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde. Convida todos seus Estados membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (Toniol, 2017, p. 267).

Conforme destacado por Toniol (2017), ao analisar documentos oficiais da OMS, a espiritualidade é articulada com diversos aspectos da vida humana, como cultura, religião, direitos e bem-estar. Ele destaca que essa abordagem não trata a espiritualidade como elemento isolado, mas sim como parte de um sistema integrado que permeia a diversidade de dimensões humanas.

Nesse contexto, Toniol (2017, p. 269) recorre a Heelas *et al.* (2005, p.6), que conceituam a espiritualidade como:

Uma forma subjetiva de existência do sagrado que enfatiza fontes internas de significado e de autoridade, assim como o cultivo ou sacralização da vida subjetiva. Assim, contrasta com concepções mais convencionais da religião que enfatizam uma fonte transcendente de significado e autoridade as quais os indivíduos devem se conformar (Toniol, 2017, p. 269).

Nessa linha, Puchalski (2010), complementa:

Espiritualidade é o aspecto da humanidade que se refere à maneira como os indivíduos buscam e expressam significado e propósito, e a maneira como eles experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o significativo ou sagrado. Nesse sentido, o relato da OMS para conceituar espiritualidade é que esta é uma parte da natureza da pessoa enquanto a religião é a expressão de escolhas individuais (Puchalski, 2010, p. 3).

Continuando a discussão acerca da inclusão da espiritualidade enquanto dimensão essencial da existência humana, Toniol (2017) destaca a relevância das iniciativas realizadas no âmbito da OMS. Segundo o autor, em 1997, o grupo especial do comitê executivo da entidade revisou sua Constituição, propondo uma reformulação do preâmbulo do documento que define saúde.

A proposta redefiniu a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Em janeiro de 1998, os membros da comissão do conceito de saúde para incluir a dimensão espiritual como um componente fundamental na saúde. Em janeiro de 1998, os membros do Comitê Executivo endossaram a proposta, culminando na adoção formal da resolução pela OMS. Essa mudança reforça a importância de considerar a dimensão espiritual como um componente intrínseco da saúde integral, alinhando-se à compreensão contemporânea de bem-estar humano em sua totalidade.

É importante destacar, desde já, que a saúde plena, ou o completo bem-estar, é algo inatingível, mas a definição dada pela OMS avança no sentido de incorporar as diversas

dimensões do ser humano para o entendimento sobre saúde. Deste modo, há uma defesa de uma abordagem integral, multidisciplinar e interdisciplinar, uma vez que para se conseguir alcançar a saúde e o bem-estar, essas dimensões devem ser igualmente alimentadas e cultivadas (Carvalho & Carvalho, 2006).

Em vista disso, essa redefinição do conceito de saúde pela OMS, incluindo a dimensão espiritual, tem trazido discussões no campo da saúde que apontam para a superação da atenção aos sujeitos baseada em modelos curativos para uma assistência integral humanizada operando mudanças na construção do cuidado.

Nessa trajetória, José Bleger (1984), em sua obra publicada originalmente em espanhol sob o título “*Psicohigiene y Psicología Institucional*”, sinaliza que a atenção deve ser dada na prestação do cuidado. Ela excede o âmbito profissional, privado e individual, configurando-se em áreas de trabalho das instituições responsáveis em organizar a atenção das comunidades.

O autor acima citado afirma ainda que em uma medicina da totalidade o orgânico, o psíquico, o individual e o social são inseparáveis do que pertence ao homem e ao meio ambiente em que nasce, cresce e se desenvolve e vive, ou seja, um modo novo de se pensar a organização do cuidado e dos sistemas de saúde.

Nesse entendimento, de forma semelhante ao raciocínio de José Blender, é fundamental considerar os dois pólos da espiritualidade: o risco de realizá-la como solução universal ou de menosprezar suas reais contribuições. Assim, compreende-se que o cuidado em saúde deve buscar o equilíbrio entre os extremos, promovendo a integralidade da atenção.

Desse modo, Viegas e Penna (2015, p. 2) reforçam que “as atitudes, as ações e os afazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na co-produção da saúde individual e coletiva”. Entende-se, portanto, que os profissionais que prestam o cuidado estejam alinhados na compreensão integral na prestação do cuidado, nos serviços ofertados na rede de atenção à saúde.

Cabe ressaltar que a saúde é direito humano fundamental, conforme destacado no Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas:

Todos os seres humanos têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e bem-estar de si mesmo e da sua família, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros

casos de perda dos meios de subsistência fora do seu controle. (Nações Unidas, 1948, Art. 25).

Sendo assim, tal direito possui caráter universal, inalienável e está inserido em um conjunto de normas, valores e princípios norteadores que visam proteger a existência, a liberdade e a dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, as diversas nações que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU) incluíram em seus arcabouços legais o direito à saúde como direito fundamental de seus cidadãos.

Segundo Cecílio e Merhy (2003),

A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, pois segundo o mesmo autor, a integralidade é entendida como o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde (Cecílio & Merhy, 2003, p. 1-2).

Nessa ótica, entende-se, por exemplo, que o sistema público de saúde brasileiro, como destaca no artigo 198, inciso II, o princípio doutrinário na prestação dos serviços de saúde a população visa atenção integral com “prioridade para os serviços preventivos sem prejuízos dos serviços assistenciais”, ou seja, é uma lógica no cuidado que sinaliza a quebra da atenção fragmentada e sedimentada na atenção biomédica.

Nessa visão, o percurso profissional da autora deste trabalho, como profissional de saúde em um hospital de ensino no Brasil, no cotidiano da prática, a partir de escuta às pessoas, ao longo dos de suas vivências de enfrentamento com a doença, nos leitos de internação, constatou e identificou necessidades além da dimensão biológica e, portanto, a aproximação com o tema espiritualidade.

Contudo, em diversos momentos vividos na sua trajetória profissional no referido hospital sobre a relevância da espiritualidade, mesmo com base na literatura e nos relatos dos pacientes compartilhados em escuta qualificada, individual ou em grupo, acerca da contribuição da espiritualidade no enfrentamento de suas dificuldades, houve resistência quanto à inclusão da temática no planejamento do cuidado.

Nessa direção, pode-se destacar alguns elementos que podem dificultar a inclusão da espiritualidade na atenção em saúde encontradas em falas de profissionais no cotidiano da prática profissional. Entre elas, a expressão em suas falas, de que na fase acadêmica pouca ou nenhuma formação tiveram sobre a temática, bem como a demonstração de desaprovação, por parte de outros profissionais, quando conhecedores da iniciativa na

abordagem no campo da espiritualidade. Segundo estes, “não há comprovação científica”, e ainda pouca ou nenhuma habilidade para desenvolver a abordagem.

Nesse sentido, Brandão (2020, p. 8), aponta que, na área de enfermagem, a abordagem das necessidades espirituais dos pacientes enfrenta desafios significativos, sobretudo devido à falta de preparo técnico e à formação específica limitada. Essa situação não apenas demonstra barreiras dentro da prática de enfermagem, mas também provoca reflexões relevantes para outras áreas da saúde, como o Serviço Social, que compartilham a responsabilidade de promover um cuidado integral e sensível às múltiplas dimensões humanas.

Outra possível dificuldade é a habilidade para construção de um inventário para identificar as necessidades espirituais. Nesse sentido, Puchalski (2010) afirma:

Uma história espiritual é um conjunto de perguntas destinadas a convidar os pacientes a compartilhar suas crenças religiosas ou espirituais para ajudar a identificar questões espirituais. É centrado no paciente e guiado pela medida em que o paciente opta por revelar suas necessidades espirituais (Puchalski, 2010, p. 3).

Considerando relevante o retromencionado argumento, nesse sentido, pode-se identificar experiências exitosas referente à formação e inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidados a usuários na atenção à saúde. Por exemplo, na Espanha, a Fundação La Caixa criou, no ano de 2008, o Programa de Atenção Integral a Pessoas com Doenças Avançadas, visando disponibilizar um conjunto de serviços que são ofertados aos doentes e familiares com o objetivo de elevar a qualidade de vida dos envolvidos.

O Programa, em pauta, se destaca no diferencial em incluir na formação, a dimensão espiritual, formação esta que é destinada aos profissionais das equipes integrantes do programa. A abordagem possibilita uma atenção humanizada e integral, incluindo as dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Em 2018, o Programa espanhol alcança Portugal, criando o Programa HUMANIZA. Com a experiência exitosa, vivida na Espanha, já tinha assegurado a viabilidade, sendo necessários apenas, os ajustes à realidade portuguesa.

Nesse trajeto, tem sido possível vivenciar a relação entre espiritualidade e saúde como colaboradora no projeto de extensão “Práticas de Espiritualidade e Saúde Centrada no Sentido de Vida no Contexto Hospitalar”. O projeto está vinculado ao programa de bolsas de extensão do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) da Universidade Federal da Paraíba-Brasil. O eixo fundamental do projeto retromencionado está no

pensamento de Viktor Frankl, especificamente na Logoterapia e Análise Existencial, o qual advoga que a vontade de sentido na vida seria a motivação primordial do ser humano.

De acordo com Aquino, o projeto visa acolher e fortalecer a busca de sentido dos pacientes. Este é um elemento motivador desses indivíduos para prosseguir na busca da recuperação da saúde e da vida (UFPB, 2023). E ainda, segundo Aquino, de forma geral, o projeto tem como objetivo despertar as forças espirituais dos pacientes por meio de intervenções orientadas à percepção e realização de valores e sentidos na vida (UFPB, 2023).

De maneira mais específica, identificar as necessidades espirituais dos pacientes; fortalecer a percepção do valor e da dignidade do paciente e dos sentidos que o constituem sua existência; e ampliar os aspectos positivos da existência apesar das condições de adoecimento e de hospitalização.

O projeto retromencionado tem a percepção multidimensional e avança, incluindo a dimensão espiritual na atenção à saúde. Nesse sentido, também, a autora deste trabalho estruturou e implantou o serviço de Capelania hospitalar no hospital de ensino da UFPB, Brasil, onde é servidora, em um processo iniciado em 1997. A implantação do serviço de capelania não foi vinculada ao exercício profissional da referida autora, deu-se em atividade voluntária, contudo, houve apoio da gestão institucional.

A capelania hospitalar tem suas origens na tradição cristã, remontando à Idade Média, quando a assistência espiritual e o cuidado aos doentes eram frequentemente providos por ordens religiosas e mosteiros. Com a profissionalização da medicina no século XIX, os hospitais começaram a se modernizar, e a capelania hospitalar evoluiu para se adaptar a novas necessidades. Capelães começaram a trabalhar não apenas como líderes religiosos, mas também como conselheiros espirituais e emocionais.

Hoje, a capelania hospitalar é um serviço reconhecido e valorizado no sistema de saúde em muitos países, com formação e habilidade para integrar as equipes multidisciplinares de saúde. A capelania moderna é ecumênica e inter-religiosa, atendendo a pacientes e familiares de todas as crenças e fornecendo suporte espiritual que respeita a diversidade religiosa e cultural dos pacientes e seus familiares, incluindo os profissionais de saúde, aspectos estes, integrados a Capelania do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no qual o serviço foi implantado.

Referente ao serviço de capelania, sob iniciativa desta autora, foi produzido a dissertação de mestrado em gerontologia pela UFPB, Brasil, intitulada “Capelania como estratégia de cuidado espiritual a pessoa idosa hospitalizada - 2017”.

De forma prática, do mesmo modo que as abordagens visam melhor compreender as necessidades sociais, geralmente apreendidas pelo assistente social, buscando conhecer pessoas em situação de doenças. Por exemplo, identificando sua situação de moradia, fonte de renda, composição familiar, previdência social, entre outros. Nas questões físicas, o profissional busca identificar diagnósticos para subsidiar a intervenção. Nas questões emocionais, busca identificar emoções como raiva, tristeza, alegria e outras emoções.

Frente à dimensão espiritual, o profissional poderá, da mesma forma, buscar conhecer, crenças, valores, aspirações, sonhos, medos, propósito ou sentido da vida, gostos e afinidades. Dessa forma, é possível estabelecer vínculos que facilite a pessoa a vislumbrar esperança, reconhecendo um caminho no seu modo de crer e assim encontrar a razão que o fortaleça para seguir, apesar das adversidades vivenciadas.

No Brasil, de acordo com o Boletim Informativo nº 44 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2015), cerca de 14% das escolas médicas oferecem disciplinas que abordam a relação entre medicina e espiritualidade, sejam elas optativas ou obrigatórias. Em conformidade com o supracitado Boletim, um estudo realizado em 2013, por pesquisadores da UFMG, mostra que 71,2% dos estudantes de medicina brasileiros acreditam que a espiritualidade tem impacto na saúde do paciente (UFMG, 2015).

No entanto, apesar do reconhecimento crescente sobre a relevância da espiritualidade na atenção em saúde, observa-se que, em grande parte dos cursos de graduação da área de saúde no Brasil, mesmo entre aqueles que formam profissionais atuantes em equipes multiprofissionais, a temática da espiritualidade ainda não é amplamente contemplada nos currículos.

Os desafios estão presentes, contudo, temos seguido no propósito fundamental em argumentar nos diversos e distintos capítulos deste trabalho sobre a importância do tema e contribuir na produção do conhecimento. Além deste, promover o interesse nas equipes multiprofissionais de saúde a inclusão da dimensão espiritual, visto que é inerente ao ser humano, contemplando-a de igual modo na atenção e cuidado.

1.3 A integralidade da atenção na saúde

A complexidade inerente à vida humana é uma teia de dimensões que interagem para definir quem somos, sinaliza que o ser humano não pode ser visto e compreendido de forma simplista ou unidimensional. Ao contrário, a natureza humana é intrinsecamente

multidimensional e interage de forma dinâmica entrelaçando, influenciando-se e interagindo entre si.

Nessa percepção, pode-se considerar que as experiências físicas afetam as emoções e pensamentos, as crenças e valores influenciam nas interações sociais. A espiritualidade abre o campo de visão do mundo e o sentido da vida, sendo possível vislumbrar propósito para a existência.

Neste seguimento, cabe refletir qual é o entendimento acerca do ser humano e de como estão organizadas as equipes que prestam a atenção em saúde, qual a lógica dos sistemas de saúde, ou seja, como os sistemas de saúde são organizados e quais os princípios pelos quais operam para prestar cuidados e serviços à população. Pois, estando os profissionais de saúde sensíveis às diversas dimensões humanas, ou seja, a atenção se dando a partir do entendimento multidimensional, é concebível que o sistema esteja alinhado nesta concepção, para que possa haver continuidade da atenção de forma que o sujeito seja entendido em suas necessidades e respeitados os seus direitos.

O termo direitos traz uma aproximação com a realidade profissional do Assistente Social, que, no seu cotidiano de trabalho, tem presente intervir na realidade social em defesa de direitos e cidadania.

Para Miotto e Nogueira (2009),

No Brasil, o Serviço Social integra o rol das profissões de saúde, sendo reconhecida tanto no plano legal como através da legitimação social das suas ações profissionais. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde, incorporando sua dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde (Miotto & Nogueira, 2009, p. 223).

Cabe, ao assistente social, portanto, incluir a dimensão espiritual na discussão e planejamento do cuidado do cotidiano da sua prática, visto que assistentes sociais, na sua grande maioria, negligenciam essa dimensão.

Ao considerar o ser humano como um todo integrado, em que suas dimensões biológicas, cultural, social, física, emocional e espiritual em se interconectam, é fundamental que a atenção em saúde adote uma abordagem que contemple essa complexidade. Fracolli (2010) ressalta a importância de políticas e ações que estejam orientadas para atender demandas e necessidades da população, garantindo acesso aos serviços de saúde de forma integral e alinhada à multidimensionalidade do sujeito.

Conforme preconizado pela OMS, a integralidade na atenção em saúde é uma diretriz que deve ser contemplada e que deve nortear as práticas de saúde em todo o mundo,

visto que este eixo visa garantir que os indivíduos recebam cuidados de saúde de forma completa e abrangente, levando em consideração os aspectos físicos, mentais, sociais, culturais e espirituais, bem como a valorização da participação ativa do paciente em seu próprio cuidado. Assim, é possível incentivar a autonomia e a tomada de decisões compartilhadas entre profissionais de saúde e os indivíduos no cuidado prestado, de modo a envolver a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento adequado e a reabilitação da pessoa com necessidades de tratamento, visando sempre o bem-estar e qualidade de vida.

Segundo Fleck (2000), promover a integralidade do cuidado na atenção à saúde exige uma transformação profunda nos paradigmas que orientem a organização e a prestação dos serviços de saúde. Esse desafio reside em colocar o indivíduo e suas necessidades no centro do cuidado, priorizando uma rede de atenção integral que realmente atenda à sua complexidade e singularidade de cada ser humano.

Tendo-se em conta as diversas concepções de saúde pelo mundo, e como cada país lida com essa questão, percebe-se que o objetivo comum é garanti-la, e, de fato, se percebe o interesse pela inserção da integralidade como eixos norteadores dos sistemas de saúde em vários países.

Nesse sentido, a integralidade é entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema” (Fracolli, 2010, p. 3). A partir desse conceito, é possível observar como diferentes nações implementam seus modelos de atenção à saúde, com abordagens que buscam respeitar a diversidade cultural e as necessidades específicas de suas populações.

No Brasil, a integralidade tem sido designada como um dos princípios do SSUS, criado a partir da constituição federativa de 1988. Ela ainda é um princípio que não se concretizou, tendo em conta, contudo, os avanços construídos ao longo da sua história, como por exemplo, a introdução do conceito ampliado de saúde; os projetos terapêuticos singulares; a política de humanização; e as redes de atenção, estruturação da estratégia saúde da família, como estratégias de enfrentamento aos desafios para implementação da integralidade da atenção em saúde (Brasil, 2024; Matta, 2007).

Há de se considerar, portanto, referente ao sistema de saúde brasileiro:

Que a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de

um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (Fracolli, 2010, p. 3).

Nesse entendimento, referente ao sistema de saúde brasileiro, de acordo com Lima *et al.* (2012):

O papel proposto às equipes de saúde de atuação multiprofissional para intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, mantém coerência com o princípio da integralidade, destacando-se os princípios da promoção e da vigilância em saúde, da resolutividade, da humanização e acolhimento e permeando todos os níveis da rede (Lima *et al.*, 2012 p. 2).

Relativo ao sistema de saúde português, onde foi aplicada a pesquisa do presente trabalho, em estudo comparativo de Araújo (2017), que traz Brasil e Portugal:

Os dois sistemas de saúde comungam de vários princípios. Na Constituição de ambos foi instituído como dever do Estado assegurar a saúde da população. Ambos os países se baseiam em princípios de justiça social, alicerçando-se na ideia de que o sistema de saúde deve proteger os cidadãos mais vulneráveis e atuar de modo universal. Além disso, ambos pensam a saúde humana sob uma perspectiva integral, na medida em que determinam tanto a necessidade de ações de assistência como de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. (Araújo, 2017, p. 19).

O sistema de saúde da Argentina, embora localizado na América do Sul e integrante do bloco comercial do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), apresenta diferenças significativas em relação ao sistema brasileiro. Uma das principais características do sistema argentino é a fragmentação excessiva, que ocorre, primeiramente, em três grandes subsetores. Essa fragmentação se manifesta por meio de diversas fontes e volumes de financiamento; distintas coberturas, cosseguros e co-pagamentos aplicados; regime e órgãos de controle e fiscalização. A fragmentação também é evidente dentro de cada subsetor. No setor público, ela se desdobra nos níveis: Nacional, provincial e municipal sob a influência de regulamentos emitidos pelas diferentes jurisdições (Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, 2024).

O sistema de saúde francês, por sua vez, é baseado em princípios de universalidade, solidariedade e equidade e está organizado em diferentes níveis de cuidados, que vão desde a atenção primária até os hospitais de referência de média e alta complexidade, de acordo com o que está preconizado pela OMS. Os cidadãos franceses têm acesso a diversas modalidades de atendimentos, incluindo, consultas médicas, exames, hospitalização,

medicamentos e tratamentos especializados e é regulamentado pelo Estado garantindo qualidade e segurança dos serviços prestados (Plas & Ponte, 2017).

O sistema de saúde espanhol, por seu turno, atende aos princípios sinalizados pela OMS, que incluem o acesso equitativo aos serviços de saúde, a promoção da prevenção de doenças e promoção da saúde, a garantia de qualidade e segurança, bem como promove a colaboração interdisciplinar entre profissionais de saúde e a integração de cuidados de saúde primários e especializados, a inovação e investigação de saúde a formação contínua dos profissionais de saúde (Espanha, 2024).

Assim sendo, abordar o cuidado em saúde em contextos globais ou em diferentes países é fundamental, pois ao conhecer os sistemas de saúde globalmente, pode-se aprender como outros países implementam as ações e identificar práticas que promovam o cuidado centrado no paciente e em suas necessidades. Ademais, conhecer aspectos da organização dos serviços de saúde em outros países e as diversas formas da atenção em saúde, considerando as diferentes culturas, povos e sociedade, poderá contribuir na superação de dificuldades semelhantes.

Referente aos sistemas de saúde brasileiro e português, que se destacam comentários na sequência, atribui-se, por ser o país locus da pesquisa e nacionalidade da pesquisadora, o que se conclui que tanto as semelhanças quanto às particularidades dos sistemas de saúde desses países, refletem as realidades sociais, econômicas e culturais de cada um deles.

No que diz respeito à integralidade, a diretriz norteadora da OMS, ambos os sistemas, brasileiro e português, contemplam nas suas diretrizes, favorecendo ao reconhecimento das necessidades fundamentais dos ser humano. Neste caso, assegurar o direito ao cuidado espiritual, inclusive, com atenção, a partir de política pública.

Para este trabalho, na visão da autora, é significativo, conhecer como se organizam os sistemas de saúde, principalmente, se estes estão sinalizando na oferta de serviços, o que propõe a OMS, no que diz respeito à integralidade da atenção. Isto posto, uma produção no nível de doutorado tem como perspectiva contribuir para o avanço no acesso a direitos e socialização de boas práticas que contribua com a melhor qualidade de vida da pessoa em situação de doença e o intercâmbio do conhecimento produzido.

Capítulo 2 - A dimensão espiritual enquanto direito humano

No âmago dos direitos humanos está a aspiração universal pela dignidade e liberdade. Contudo, há um aspecto frequentemente negligenciado nessa discussão: a dimensão espiritual da experiência humana.

A busca por significado, transcendência e conexão com o que está além do ser humano é transversal a culturas e fronteiras, sendo perene através dos séculos, como uma necessidade inerente ao ser humano. Essa necessidade, muitas vezes, expressa por meio da espiritualidade e religiosidade, não apenas define aspectos centrais da existência humana, mas também influencia as respostas individuais frente às crises, sofrimento e adversidade.

De acordo com Eliade (1992), o sagrado é o que estabelece a ordem do mundo, pois revela uma realidade absoluta e permite orientação, funcionando como eixo que funda e dá sentido à existência.

Este capítulo transita sobre a essência da dimensão espiritual enquanto direito humano, que é imprescindível na sua existência; os direitos fundamentais que se referem às prerrogativas expressas em leis e constituições dos países, os quais visam garantir os direitos básicos dos cidadãos diante do estado. Ademais, será explorada a relação entre direitos humanos e saúde, destacando como a promoção e proteção dos direitos humanos se tornam essenciais para que as pessoas alcancem uma boa condição de saúde. Por fim, será também explorada a conexão da prática profissional do assistente social e os princípios norteadores dos direitos humanos como alicerce da abordagem profissional.

2.1 Direitos fundamentais e direitos humanos

Os direitos fundamentais, o constitucionalismo moderno e os direitos humanos estão intrinsecamente ligados na busca por uma sociedade mais justa e igualitária, na qual a dignidade humana é respeitada e protegida por um Estado de Direito comprometido com a liberdade e a justiça para todos.

Os direitos fundamentais são prerrogativas essenciais asseguradas a todas as pessoas e também necessários para a garantia da dignidade humana e a proteção contra o abuso do poder. Esses direitos incluem, entre outros, o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, sendo considerados os pilares da justiça social e da democracia.

Segundo Mascarenhas (2010):

O constitucionalismo moderno, cujo nascimento coincidiu com o nascimento do Estado Liberal, decorreu da ideia e da necessidade de submeter o Estado ao Direito, limitando as suas funções, estabelecendo a segurança nas relações jurídicas e garantindo a proteção do indivíduo contra o Estado. É que o Estado, antes de transformações sociais, como a Revolução Francesa no século XVIII, era absoluto. O soberano tudo podia e não se subordinava a ninguém. A partir das constituições modernas o estado, e, conseqüentemente, o soberano, vêem-se submetidos à constituição e ao princípio da separação dos poderes. (Mascarenhas, 2010, p. 18).

Entretanto, o caminho para essa evolução foi longo e atravessou períodos marcados por outras concepções de poder. Na Idade Média, por exemplo, a autoridade centralizada na Igreja Católica, sob o sistema Escolástico, era predominante, e sua principal finalidade era reafirmar a doutrina católica como verdade absoluta.

Durante esse período, acreditava-se que a Terra tinha forma de um disco e qualquer tentativa de contestar esse fato era severamente reprimida. Isso refletia um contexto em que o desenvolvimento da ciência e a construção de ideias sobre direitos fundamentais eram limitados.

Neste contexto de transição entre diferentes formas de autoridade, a Idade Média foi marcada por desentendimentos constantes entre a Igreja e a ciência. Segundo Franco (1986), em 1179, no III Concílio de Latrão, a Igreja Católica reconheceu a insuficiência das escolas clericais para atender às demandas educacionais da época. No entanto, sem abrir mão do controle sobre a educação, a igreja estabeleceu a licença para lecionar só poderia ser concedida a àqueles que fossem considerados adequados por ela.

Esse movimento resultou no surgimento de escolas privadas, que, embora representassem um passo em direção à diversidade educacional, permaneciam subordinadas à autoridade e supervisão da Igreja. Dessa transformação, o Renascimento foi o grande responsável pelo surgimento de novas ideologias, marcando uma ruptura significativa com as tradições medievais. Essa época foi caracterizada por uma crise social que questionou as velhas tradições e promoveu o rompimento entre a ciência e a religião.

Nesse contexto, o ser humano começou a afirmar sua autonomia, descobrindo sua capacidade de decidir por si mesmo, embora crença em Deus permanecesse. Com isso, o trabalho intelectual tornou-se mais intenso e individualizado, enquanto a religiosidade passou a ser entendida como uma escolha íntima.

Essas mudanças culminaram com uma nova visão de mundo, na qual, como afirma Lévi-Strauss (1981):

A ciência só podia existir se voltasse costas ao mundo dos sentidos, o mundo que vemos, cheiramos, saboreamos e percebemos; o mundo sensorial é um mundo ilusório, ao passo que o mundo real seria um mundo de propriedades matemáticas que só podem ser descobertas pelo intelecto e que estão em contradição total com o testemunho dos sentidos (Lévi-Strauss, 1981, p. 18).

No contexto do mundo antigo, é relevante destacar que havia uma interseção entre as noções de direito, moral e religião. Posteriormente, Descartes trouxe uma separação entre religião e outros campos, enquanto Kant avançou distinguindo o direito da moral, estabelecendo princípios universais de moralidade que passariam a guiar a sociedade (Cruz, 2004).

Consequentemente, emergiram ideias transformadoras, como a igualdade de todos diante da lei, que culminaram com o nascimento da primeira geração de direitos fundamentais. Desde então, o conceito de direitos foi gradualmente incorporado às vivências das sociedades humanas.

Um ponto de destaque na evolução dos direitos humanos, como entendemos hoje, foi a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948. Redigida em resposta às atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, a DUDH buscou reafirmar os ideais promovidos pela Revolução Francesa. No cerne do documento, está o reconhecimento da igualdade e liberdade. Em seu artigo primeiro, destaca-se que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (DUDH, 1948, Art. 1º).

A história do Direito, quando examinada sob a perspectiva dos direitos humanos, revela uma evolução contínua e significativa de normas e princípios jurídicos refletindo uma mudança de paradigma, transitando de uma visão puramente legalista para uma abordagem mais centrada, em direção à proteção e promoção da dignidade intrínseca de cada indivíduo. Isso inclui não apenas direitos civis e políticos, como a liberdade de expressão e participação política, mas também direitos econômicos, sociais e culturais, como o direito à educação, saúde e moradia adequada, que são fundamentais para promoção da paz, justiça e desenvolvimento sustentável no mundo.

Dessa forma, os direitos humanos são entendidos como um conjunto de direitos reconhecidos internacionalmente, que se aplicam a todas as pessoas independentemente de sua nacionalidade, etnia, religião, ou qualquer outra condição.

Nesse raciocínio, observa-se que os direitos humanos transcendem a transformação em valores jurídicos universais, sendo ancorados nos ideais políticos da Revolução Francesa. A DUDH fundamenta-se na compreensão de que a liberdade, a justiça e a paz mundial, aspirações de todas as nações, somente se concretizam com o pleno reconhecimento da dignidade inerente a todos os seres humanos. A premissa central deste movimento está no princípio de que cada ser humano, independentemente de gênero, etnia, raça ou religião.

Os Direitos Humanos, reafirmados na Declaração da Conferência Mundial de Viena em 1993, são amplamente reconhecidos como universais. Esse documento destaca que a universalidade desses direitos e liberdade é uma verdade incontestável, servindo de fundamento para a igualdade e dignidade de todos os indivíduos.

De acordo com Bobbio (1992), após a Declaração, tornou-se possível afirmar que a humanidade compartilha certos valores fundamentais:

Podemos finalmente, crer na universalidade dos valores, no único sentido em que tal crença é historicamente legítima, ou seja no sentido em que universal significa não algo dado objetivamente, mas algo subjetivamente acolhido pelo universo dos homens (Bobbio, 1992, p. 28-29).

Porém, o fato de dispor de documentos favoráveis à garantia dos direitos, por si só, não significa que estes sejam preservados e/ou garantidos. Para tal, são imprescindíveis movimentos, tanto da sociedade em busca de garanti-los, incumbindo os que se encontram em espaços representativos quanto do Estado que deve exercer o seu papel na garantia dos direitos das pessoas, condição indispensável à dignidade humana.

Na União Europeia (UE), os Direitos Fundamentais são reconhecidos desde a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, sendo neste espaço geográfico onde se evidenciam grandes desenvolvimentos a este nível. Existe, por exemplo, uma estrutura de Direitos Fundamentais e Liberdades Individuais, comum a todas as Constituições dos Estados-membros.

A reivindicação de direitos emerge como uma reação natural diante de situações de opressão. Essa dinâmica reforça a razão fundamental para a existência dos direitos humanos: a proteção da dignidade humana, um valor moral intrínseco de todos os indivíduos. Nesse sentido, na atualidade, a Europa enfrenta desafios contínuos no sentido de proteger e garantir os direitos humanos. Cita-se por exemplo, a extrema crise migratória, e as crescentes tensões políticas e econômicas dentro da União Europeia.

É importante destacar, contudo, que os Estados Membros da UE e do Conselho da Europa adotam diversos esforços para implementar os direitos humanos e sua proteção. Estes esforços incluem a incorporação de normas internacionais nos sistemas jurídicos nacionais e criação de instituições específicas para monitorar e promover os direitos humanos.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) reconhece os direitos fundamentais como instrumentos essenciais para a proteção da dignidade da pessoa humana. Esses direitos abrangem diferentes dimensões da vida humana, desde o nível individual até o coletivo e social, garantindo proteção em múltiplos aspectos da existência e da atividade humana (Andrade, 2004). Além disso, a Constituição, eleva o princípio da dignidade à posição de norma suprema dos consolidando-o como um dos pilares fundamentais do sistema jurídico português.

No Brasil, desde a redemocratização, entendido como um processo político e social de transição de um regime autoritário, marcado pela ditadura militar (1964-1985), para um regime democrático, caracterizado pela restauração das instituições democráticas, a garantia dos direitos civis e políticos, e a implementação das eleições livres e justas, o país tem feito progressos significativos na proteção dos direitos humanos.

Nesse sentido, o país tem trabalhado para combater a pobreza e a desigualdade social, promovendo programas, como o Bolsa Família. Além disso, avanços legislativos foram alcançados em áreas como direitos das mulheres, com a Lei Maria da Penha (Brasil, 2006).

A área da saúde é um campo que ganhou destaque nos direitos humanos. A Constituição Federal de 1988 foi um marco nesse sentido, ao estabelecer a saúde como um direito de todos um dever do Estado garanti-la, em todos os níveis de complexidade, consagrando princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade que guiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e é financiado por recursos federais, estaduais e municipais. Contudo, o sistema enfrenta inúmeros desafios a desigualdade social e econômica se reflete no acesso desigual aos serviços de saúde com disparidades marcantes entre as diferentes regiões do país.

No seguimento das reflexões, vale ressaltar que, embora a dimensão espiritual do ser humano não esteja explicitamente mencionada na DUDH, é implicitamente reconhecida por meio da proteção à liberdade de pensamento, consciência e religião.

O artigo 18 da Declaração Universal dos Direitos Humanos DUDH afirma que:

Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular. (Nações Unidas, 1948, Art. 18).

Por sua vez, a Constituição Federal do Brasil (1988) menciona, em suas primeiras páginas, no Art. 5º, Inciso VI, que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”. Apesar de o texto não abordar o termo “espiritualidade”, é importante perceber que ele considera como importantes, portanto passíveis de proteção, manifestações culturais relacionadas com esta dimensão humana.

A constituição Portuguesa destaca a liberdade religiosa no artigo 41, que faz parte da seção sobre direitos, liberdades e garantias. Ele assegura que ninguém pode ser discriminado, perseguido ou prejudicado por causa de suas crenças religiosas. Embora a dimensão espiritual humana não seja explicitamente mencionada como um direito autônomo, ela é reconhecida e protegida no escopo dos direitos humanos, especialmente em relação à liberdade de religião e crença.

Conforme definido pelo Conselho de Saúde da OMS, em 22 de janeiro de 1998, “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, cultural, espiritual e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1998, p. 1). Fortalecendo sobre o reconhecimento da espiritualidade dos seres humanos e a proteção da sua expressão, pode-se destacar a Declaração sobre a eliminação de todas as formas de intolerância e discriminação fundadas na religião ou nas crenças (1981). O documento da ONU detalha os direitos à liberdade religiosa e de crença, e evidencia a importância da espiritualidade no contexto dos direitos humanos.

Nesse sentido, é importante destacar o instrumento para avaliar a qualidade de vida desenvolvido pela OMS (1998) que opera em seis domínios: físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Nota-se, portanto, a reafirmação da espiritualidade sendo destacada pela agência como determinante na qualidade de vida do ser humano.

Essa mudança no conceito de saúde, reconhecida pela OMS, tem influenciado vários países europeus e no mundo a integrar a dimensão espiritual na atenção à saúde e nos sistemas educacionais. Há de se considerar a importância da inclusão da espiritualidade nos currículos formativos e estabelecidos pelos sistemas de ensino, visto que, em geral, a

mudança de entendimento se dá de forma mais expressiva quando a temática consta nas diretrizes curriculares com os objetivos e conteúdo das disciplinas.

Assim sendo, há vários fatores que influenciam a mudança de entendimento quando a temática é incluída nos processos formativos. Por exemplo, a formalização do conhecimento. Isso significa que o conhecimento sobre a temática passa a ser organizado de maneira estruturada, facilitando o estudo e a compreensão. Ademais, a inclusão da espiritualidade na atenção em saúde de forma sistemática, resulta na criação de currículos, programas de formação e pesquisas que definam claramente o que se entende por cuidado espiritual e como deve ser praticado.

Outro fator importante a considerar acerca da inclusão de uma temática no processo formativo é a validação científica. A academia exige rigor científico, o que leva à validação e ao reconhecimento formal do tema. Estudos e pesquisas são conduzidos para investigar a eficácia e relevância do tema, proporcionando evidências que podem influenciar políticas e práticas.

Nesse sentido, a inclusão da espiritualidade na atenção em saúde tem ocorrido ao redor do mundo, bem como tem havido um aumento na quantidade de literatura publicada sobre o tema da espiritualidade em diversas disciplinas, incluindo a saúde (Timmins & Caldeira, 2020). A abordagem em saúde, incluindo a espiritualidade, tem acontecido em níveis de implementação diferenciados no mundo. Contudo, os estudos e as pesquisas tendencialmente crescem, evidenciando a importância do cuidado espiritual para o bem-estar dos pacientes, validando exponencialmente sua inclusão nos sistemas de saúde.

Nessa percepção, é significativo destacar, em relação aos fatores de influência na inclusão da temática nos processos formativos, a mudança de paradigma. A inclusão de novos temas poderá levar a uma mudança de paradigma na forma como certos assuntos são abordados.

Nessa direção, corroborando com exposto, nos dias entre 16 a 18 de maio de 2024, em Salzburgo - Áustria, aconteceu a 9ª conferência Europeia sobre religião, espiritualidade e saúde, tendo como tópico principal, “intervenções de cuidado espiritual na assistência médica moderna” e o que se sabe sobre o benefício para os pacientes.

Esse movimento de inclusão da dimensão espiritual no conceito de saúde pela OMS sinalizou a necessidade de inclusão de diretrizes e programas que abordam a espiritualidade no contexto do tratamento de doenças na rede de atenção, especialmente às pessoas e familiares que enfrentam doenças graves e terminais. Portanto, a proteção da espiritualidade está intrinsecamente ligada à proteção dos direitos humanos, conforme

expressa os documentos retro mencionados. Não obstante, as proteções alegadas nos referidos documentos a inclusão da dimensão espiritual nos cuidados de saúde não é universalmente reconhecida ou praticada e enfrenta desafios significativos para integrar essa dimensão.

A espiritualidade, que engloba questões de significado, propósito e conexão, é frequentemente negligenciada nos cuidados de saúde devido a barreiras como a falta de formação adequada dos profissionais, preconceitos institucionais e a ausência de diretrizes claras, conforme retrata estudo multicêntrico europeu sobre educação médica.

Para Ross (2013, p. 698), “apesar da inclusão dos cuidados espirituais nas diretrizes de formação de enfermeiros, continua a haver incerteza quanto à forma como o assunto deve ser formalmente ensinado e integrado nos programas de formação de enfermeiros de pré-registro-graduação”.

Esse descompasso, segundo a autora retromencionada, reflete a lacuna entre as diretrizes e a prática, subestimando a relevância da espiritualidade como uma dimensão a ser cuidada como um recurso utilizado pela equipe de saúde, principalmente em situações de enfrentamento da doença. Além disso, compromete a integralidade do cuidado, pois não basta, de fato, ao ser humano, viver, é preciso que seja possível viver com dignidade, a salvo de toda forma de opressão, e que tenha acesso aos bens da vida que lhe assegurem saúde, bem-estar e o pleno desenvolvimento das suas potencialidades.

2.2 Direitos humanos e saúde

Nos últimos anos, tem se intensificado o reconhecimento da importância de integrar a espiritualidade na garantia de uma abordagem holística da saúde como um direito humano. Esse movimento reflete a compreensão de que as necessidades espirituais são tão fundamentais quanto às dimensões, física, social, emocional, mental e cultural.

Um exemplo que ilustra essa questão é o reconhecimento dos cuidados paliativos como um direito humano, no qual a dimensão espiritual é considerada essencial. Nesse contexto, a espiritualidade é integrada de maneira fundamental ao cuidado integral, conforme preconizado por diversas organizações internacionais de saúde, como a OMS.

Neste item, do presente trabalho, busca-se explorar como esses dois aspectos podem ser harmonizados para promover uma abordagem integral e humanizada no cuidado em saúde. Pretende-se também destacar a importância de considerar a espiritualidade e os direitos humanos como pilares fundamentais no atendimento à saúde, apesar de haver

barreiras quando se pensa na efetivação do acesso à saúde tendo em vista a dimensão espiritual do ser humano.

Dessa forma, ao refletir sobre as barreiras que dificultam a inclusão da espiritualidade no atendimento à saúde, torna-se evidente a necessidade de um olhar mais abrangente e humanizado nas políticas e práticas de saúde como vem sendo discutido ao longo desta tese.

A análise das limitações do modelo biomédico e a busca por uma compreensão mais ampla da saúde fornecem um contexto para entender por que a dimensão espiritual e os direitos humanos frequentemente são negligenciados no cuidado à saúde. Nesse sentido, o aprofundamento desta temática reforça a importância de superar essas barreiras e incluir a dimensão espiritual como parte essencial do cuidado, alinhando-se à visão integrada e holística de saúde que vem sendo discutida.

Do mesmo modo, o direito à saúde é reconhecido como fundamental para a concretização de outros direitos humanos e para assegurar uma vida digna. De acordo com o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, esse direito não se limita à ausência de enfermidades, mas compreende um estado completo de bem-estar, físico, mental, social e espiritual, refletindo a integralidade da condição humana. Inclui ainda, o acesso a serviços de saúde de qualidade, medicamentos essenciais e condições de vida adequadas que garantam a promoção e a proteção da saúde.

A espiritualidade, apesar de muitas vezes confundida com religiosidade, é um componente essencial da experiência humana que influencia o bem-estar físico, mental e emocional. Contudo, em muitas situações, principalmente nos espaços científicos, bem como para profissionais, mesmo porque muitos nas formações acadêmicas o tema não é abordado, o que causa estranheza e incredibilidade.

Nessa direção, Almeida (2009) faz a seguinte reflexão:

O debate sobre as relações entre R/E [Religião/Espiritualidade] e saúde é habitualmente permeado de preconceitos, de opiniões pré-formadas, tanto a favor quanto contrárias à espiritualidade. A maioria das pessoas tem opiniões sobre o tema, mas habitualmente essas opiniões foram formadas sem uma análise aprofundada das evidências disponíveis. É fácil deslizar, por um lado, para um ceticismo intolerante e uma negação dogmática ou, por outro, para uma aceitação ingênua de afirmações pouco fundamentadas (Almeida, 2009, p. 4).

As crenças pessoais exercem uma influência significativa sobre a qualidade de vida no sentido mais amplo, especialmente no que tange a saúde física e mental. A espiritualidade, nesse contexto, se destaca como um conceito complexo e carregado de significados, ao

mesmo tempo que apresenta uma certa ambiguidade. Ela é percebida como sutil e libertadora, mas ao mesmo tempo de difícil definição, tal como o vento, que sopra de forma imprevisível, sem origem ou destino claros. Assim, Teixeira *et al.* (2004, p. 125) reforça que “ao se abordar qualidade de vida relacionada à saúde, é comum encontrar-se com a espiritualidade como um elemento relevante e frequentemente presente nas discussões e práticas voltadas ao bem-estar”.

Por outro lado, os direitos humanos são normas que reconhecem e protegem a dignidade de todos os seres humanos. Eles são universais e inalienáveis e interdependentes, abrangendo direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e almejam que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, sem discriminação. Integrar esses dois elementos na prática clínica pode melhorar significativamente a experiência e os resultados dos pacientes.

Contudo, a violação dos direitos humanos na saúde é um problema crítico que afeta milhões de pessoas ao redor do mundo, mesmo estando garantido em documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais, e Culturais.

Estes direitos, na atenção à saúde, são um aspecto crucial e complexo, portanto requerem uma abordagem multifacetada para garantir um sistema de saúde justo e equitativo. Sendo um direito humano fundamental, deve abranger a integralidade do ser nas suas dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural. Essa visão ampliada da saúde é essencial para promoção de um cuidado em saúde que realmente atenda às diversas necessidades interligadas do ser humano.

Nessa direção, garantir atenção na saúde da dimensão física, por exemplo, que é a mais tradicionalmente reconhecida, focando no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, vai além de fornecer tratamentos médicos e medicamentosos. Além disso, deve incluir também a criação de condições de vida saudáveis e a promoção de ambientes que previnam doenças e promovam o bem-estar físico. Tem-se em conta que a saúde está influenciada por fatores sociais, as crenças, práticas e valores culturais que moldam a forma como os indivíduos percebem a saúde e a doença bem como a sua disposição para buscar tratamento.

Nesse sentido, as violações dos direitos humanos na saúde podem ocorrer de várias formas, incluindo a discriminação no atendimento, a falta de acesso a serviços essenciais ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas, a inadequação das condições de saúde pública. É necessário que o cuidado em saúde seja disponibilizado nos sistemas

prestadores de atenção visando a integralidade do ser humano, ou seja, nas dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Vale ressaltar, que dentre as demais dimensões integradas do ser humano, a espiritualidade, continua a ser a mais negligenciada na atenção à saúde. Embora haja, nos últimos anos, um crescente interesse em discutir e reconhecer a importância dessa dimensão no cuidado integral, essa consciência ainda não se reflete de maneira satisfatória na prática clínica.

É notório que, no cotidiano da prática clínica, muitos profissionais ainda não incorporam a espiritualidade como parte integrante do cuidado com o paciente, apesar do crescente reconhecimento de sua importância. Embora as pesquisas e discussões teóricas tenham avançado, trazendo à tona o papel vital da espiritualidade no bem-estar dos indivíduos, essa consciência ainda não se traduz de forma consciente nas ações dos profissionais de saúde. Muitos continuam focados nos aspectos físicos e psicológicos, sem considerar que a dimensão espiritual também pode ser uma fonte de força e conforto para os pacientes, especialmente em momentos críticos.

Essa desconexão entre teoria e prática evidencia a necessidade de repensar a formação e a sensibilização dos profissionais para que a espiritualidade seja integrada de maneira eficaz no cuidado clínico, promovendo assim uma atenção verdadeiramente integral.

A espiritualidade é geralmente considerada mais ampla que a religião, abrangendo as crenças, valores e práticas das pessoas. No entanto, ainda há uma tendência a associar espiritualidade à religião, fato esse que pode conduzir a uma visão de que a espiritualidade e cuidado espiritual podem ser considerados relevantes apenas para as pessoas religiosas e não para todos, o que é um equívoco que reverbera em perda para a pessoa que é atendida no sistema de saúde.

Reconhecer a dimensão espiritual como um direito humano fundamental na saúde é essencial para garantir uma abordagem holística no cuidado integral do indivíduo. A espiritualidade, muitas vezes ligada às crenças e valores pessoais, influencia significativamente a forma como as pessoas enfrentam doenças, buscam a cura e lidam com o sofrimento cada vez mais reconhecidas nas políticas e normas de saúde, no entanto, tem sido negligenciada a prestação do cuidado espiritual.

Dessa forma, pode-se imaginar uma situação em que um paciente está em um hospital enfrentando uma doença grave e deseja praticar suas orações diárias e receber visitas para acompanhamento espiritual, algo que traz conforto e paz a ele. No entanto, o

hospital tem regras rígidas e não permitem esses momentos ou visitas, mesmo que o paciente manifeste a importância para ele e seu bem-estar.

Nesse contexto, se a equipe de saúde não considerar essas necessidades, isso pode gerar sentimentos de tristeza, frustração, medo, sentimento de abandono, isolamento e ainda desespero. Essas emoções podem dificultar ainda mais o processo de cura ou aceitação da condição, afetando o bem-estar geral do paciente, já que ele pode sentir que não é visto como um ser completo, integral, pois sua espiritualidade, uma parte importante da sua vida, está sendo ignorada. Em alguns casos, é possível que pessoas sequer manifestem abertamente suas necessidades espirituais, pois, apesar de estarem em um lugar voltado para o cuidado em saúde, elas podem enxergar algumas de suas próprias necessidades como inadequadas.

De outro modo, quando o paciente hospitalizado tem a oportunidade de receber apoio espiritual, como visitas de pessoas do seu meio religioso/espiritual, seja por meio do serviço de capelania hospitalar, disponibilizado no hospital, ou tem momentos para exercer sua espiritualidade, ele tende a enfrentar o tratamento com mais otimismo e resiliência, sentindo-se emocionalmente equilibrado e compreendido em suas necessidades.

O paciente se mostra mais disposto a seguir orientações da equipe de saúde, o que pode contribuir para melhores resultados no processo de cura e reabilitação. Isso pode colaborar significativamente para que o paciente se sinta mais fortalecido e amparado, o que facilita sua cooperação com o seguimento do tratamento. Para o paciente, esse suporte pode oferecer conforto, reduzindo sentimentos de ansiedade e medo, além de trazer a sensação de esperança e paz. Isso pode colaborar para que o paciente possa enfrentar sua doença com resiliência e contribuir para a recuperação.

Concretamente, essa vivência foi observada, recentemente, a partir do relato de uma capelã, do serviço de capelania hospitalar em um hospital de ensino na Paraíba - Brasil, frente à solicitação de uma paciente para apoio espiritual.

A paciente, aqui designada como M. K., visando preservar sua identidade, encontrava-se em situação de extrema vulnerabilidade. Além de ser portadora do vírus HIV, ela havia sido recentemente abandonada pelo pai da criança quando acabara de dar à luz. Além disso, enfrentava graves dificuldades financeiras, tendo se envolvido com credores informais, o que comprometeu ainda mais sua liberdade financeira.

Diante desse cenário, M. K. pediu apoio espiritual, momento em que um profissional da equipe de saúde contactou o serviço de capelania. A equipe do serviço de capelania respondeu prontamente, levando não apenas itens essenciais de higiene pessoal

e vestuário, de acordo com o que a paciente havia solicitado, mas também oferecendo suporte espiritual de forma respeitosa de acordo com a fé que ela professava. A equipe de capelania, atenta a sua religião e crenças pessoais, ofereceu orações e leituras apropriadas, trazendo conforto espiritual sem impor qualquer prática.

A paciente designada como M. K., no dia seguinte ao atendimento, apresentou um semblante visivelmente sereno, demonstrando que foi apoiada de maneira integral. O suporte que recebeu tanto material, quanto espiritual, refletiu positivamente em seu estado emocional, evidenciando o impacto do cuidado completo, que levou em consideração suas necessidades físicas, emocionais e espirituais.

Nesse sentido, o direito à saúde inclui o direito ao bem-estar espiritual, portanto, a não inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidados, pode ser vista como uma forma de violação dos direitos humanos. É essencial que os serviços de saúde reconheçam e atendam as necessidades espirituais dos pacientes, proporcionando um cuidado integral. Diversos hospitais e clínicas ao redor do mundo têm adotado práticas exemplares na integração da espiritualidade nos cuidados de saúde, apesar de que, em regra, esse cuidado não vem sendo exercido nos outros espaços.

Koenig (2005) conduziu um estudo com 101 pacientes psiquiátricos e cirúrgicos no Hospital de Chicago, no qual observou que a maioria dos pacientes relatava necessidades espirituais durante o internamento. Aproximadamente, 88% dos pacientes psiquiátricos e 76% dos pacientes cirúrgicos manifestaram pelo menos três ou mais dessas necessidades. O autor enfatiza que essas demandas se tornam ainda mais evidentes em situações em que doenças ameaçam a vida ou provocam mudanças significativas no modo de viver. Essa relação entre espiritualidade e saúde reflete diretamente na percepção de qualidade de vida e na satisfação com o atendimento recebido (Koenig, 2005).

Enquanto Koenig destaca a intensificação das necessidades espirituais durante o internamento, Hefti e Esperandio (2016, p. 27) detalham essas demandas falando em “necessidade de esperança, necessidade de sentido e propósito na vida, necessidade de se sentir conectado consigo mesmo, com os outros e com a transcendência, necessidade de sentir-se amado”.

Essa compreensão é reforçada por Branco, Brito e Sousa (2014), que afirmam:

As necessidades espirituais são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano. Na realidade, integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, que podem incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar, sendo que, a sua expressão e

intensidade não se processa de igual forma na pessoa saudável e doente (Branco, Brito & Sousa, 2014, p. 103).

Marques (2003) complementa essa visão ao sugerir que:

A abordagem da dimensão espiritual na atenção em saúde: [...] parece favorecer uma ótica positiva frente à vida que funciona como um pára-choque contra o estresse: frente a situações perturbadoras e a eventos traumáticos, a pessoa com bem-estar integral prover significados para essas experiências e as redireciona para rumos positivos e produtivos para si e para os outros (Marques, 2003, p. 57).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde de Portugal, por meio do Decreto – Lei nº 253/2009, assegura que “a assistência espiritual e religiosa nas instituições do Serviço Nacional de Saúde permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados”.

No Brasil, a assistência espiritual é garantida pelo Art. 5º, Inciso 7, da Constituição Federal de 1988, conforme segue:

Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais (Brasil, 1988, Art. 5º, Inciso 7).

Exemplos sobre essa atenção incluem serviços de capelania hospitalar, suporte espiritual em unidades de cuidados paliativos e terapias complementares que incorporam práticas espirituais. Referente à capelania hospitalar, este é um serviço que desempenha um papel crucial no cuidado espiritual a pacientes e seus familiares, especialmente em momentos de vulnerabilidade, como a hospitalização.

Nessa percepção, Hefti e Esperandio (2016) consideram que a questão principal em relação a um modelo de cuidado espiritual é quem deve ser o responsável em cuidar das necessidades e dos conflitos espirituais e de estimular seus recursos espirituais. No entanto, a eficácia e a justiça desse do serviço de capelania podem ser significativamente comprometidos quando ele não é inclusivo em relação à identificação e atendimento às necessidades espirituais, bem como à disponibilização de acesso às diversas religiões e crenças espirituais.

Nesse entendimento, quando o serviço de capelania não inclui a oferta de atenção à diversidade de crenças e religiões pode criar uma situação de desigualdade no

atendimento espiritual, em que apenas os pacientes que compartilham a fé predominante da capelania são plenamente atendidos. Isso pode resultar em sentimentos de exclusão, marginalização e negligência espiritual para aqueles cujas crenças não são identificadas e atendidas.

Nesse sentido, em um ambiente hospitalar, onde o conforto espiritual e emocional é vital, essa exclusão pode agravar o sofrimento do paciente, comprometendo sua recuperação e bem-estar. Vale ressaltar, que o direito à liberdade religiosa é um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, consagrado em documentos como a DUDH. Quando um serviço de capelania é restrito a uma única religião e sem habilidade construída para identificar e viabilizar o atendimento de acordo com as expectativas do solicitante, ele pode violar o direito dos pacientes de exercer livremente suas crenças, especialmente em um momento de hospitalização.

Nesse contexto, a falta de acesso a suporte espiritual adequado pode ser considerada uma forma de discriminação contrária aos princípios de equidade e respeito à dignidade humana. Quando um paciente não encontra suporte espiritual compatível com as suas crenças, ele pode se sentir isolado, incompreendido e desamparado, o que pode levar a um impacto negativo na sua saúde mental e física.

Contudo, compreende-se que embora a inclusão de múltiplas religiões no serviço de capelania hospitalar seja ideal, ela também apresenta desafios logísticos e culturais. Há a necessidade de formação contínua para capelães sobre diversidade religiosa, inclusão na equipe de capelania de diferentes tradições religiosas e a criação de protocolos que respeitem a pluralidade de crenças, ademais os hospitais precisam garantir que esses serviços sejam ofertados de maneira respeitosa e sensível, sem proselitismo ou imposição de crenças.

Em síntese, acerca de capelania hospitalar, é importante ressaltar que apesar de o cuidado espiritual não ser prerrogativa exclusiva de capelães, estes são considerados com habilidade construída na prestação do cuidado espiritual em virtude da sua formação, seja em teologia, educação pastoral, aconselhamento religioso, entre outros.

Hefti e Esperandio (2016) afirmam que realizar uma abordagem holística no cenário clínico é uma questão desafiadora. Almeida (2010) reitera que requer sensibilidade e respeito à diversidade de crenças e práticas dos pacientes, visto que o direito à saúde integral envolve garantir que os sistemas de saúde reconheçam e atendam as necessidades espirituais dos pacientes.

Nesse raciocínio, cada vez mais o cuidado espiritual é entendido como parte do cuidado integral do paciente e que é essencial para promoção do seu bem-estar. Nessa perspectiva, transcende a visão tradicional de que o cuidado espiritual é uma responsabilidade exclusiva dos capelães. Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas, entre outros, desempenham um papel crucial identificando e respondendo às necessidades espirituais dos pacientes como parte do cuidado diário.

Sendo assim, ao engajarem-se na atenção espiritual, esses profissionais não apenas oferecem suporte emocional, mas também ajudam a promover a resiliência, o alívio do sofrimento, maior capacidade de adaptação para lidar com as adversidades, identificam possíveis sofrimentos espirituais. Desse modo, podem trazer a paz interior dos pacientes, especialmente em momentos de vulnerabilidade, como durante a vivência com doenças graves ou no fim da vida. A espiritualidade, segundo Timmins e Caldeira (2020), é também entendida como aquilo que dá sentido, propósito e conexão com os outros à vida.

Vale salientar que a abordagem e avaliação para prestação de cuidados espirituais, segundo as autoras supramencionadas, estão cada vez mais sendo enfatizados na prática clínica e reconhecidas nas políticas e normas de saúde. No entanto, a melhor forma de implementar essas recomendações na prática ainda não foi totalmente compreendida.

Contudo, de acordo com Timmins e Caldeira (2020):

A importância de conscientizar os médicos sobre a realização de avaliações espirituais e a obtenção de uma história espiritual ressalta que é igualmente importante que os enfermeiros e outros profissionais de saúde estejam conscientes da espiritualidade e necessidades espirituais dos pacientes (Timmins & Caldeira, 2020, p. 6).

Essa abordagem integrada, incluindo a parceria com capelães e outros especialistas em espiritualidade é fundamental para garantir que o cuidado espiritual seja completo e centrado no paciente.

Tendo tudo isso em perspectiva, entende-se que para integrar de forma eficaz a espiritualidade na atenção à saúde como um direito humano, é imprescindível que alguns pontos sugeridos abaixo, sejam considerados:

- Formação contínua para os profissionais de saúde sobre a importância da espiritualidade;
- Desenvolvimento de políticas que promovam o respeito a diversidade espiritual;
- Criação de ambientes de cuidado que incluam espaços para a práticas espirituais;

- Encorajamento à participação ativa dos pacientes em suas práticas espirituais, de acordo com o que acreditam e desejam.

Em vista disso, Hefti e Esperandio (2016) consideram que o cuidado espiritual não se resume simplesmente a um conjunto de intervenções. Referem-se ao planejamento de ações pelos profissionais da saúde voltados à promoção do bem-estar e sentido da vida.

No Brasil, segundo os autores retromencionados, Hefti e Esperandio (2016), o termo “cuidado espiritual”, grafado desse modo, aparece pela primeira vez na literatura, em português, em um artigo de reflexão, de autoria de Sílvia Caldeira (2009). Nesse artigo, a autora aborda a dimensão espiritual dos cuidados de Enfermagem, apresenta a concepção de cuidado espiritual, no contexto da saúde.

Caldeira (2009) afirma que:

O cuidado espiritual refere-se ao cuidado com, em e para o espírito. Envolve relação (com), presença consciente (em) e um objetivo que se esperar e velar-s em melhoria da saúde (para), com preocupação, responsabilidade e respeito pelas crenças do paciente, negando uma forma de estar caracterizada apenas no fazer tarefas planejadas (Caldeira, 2009, p. 159).

Nessa ótica, a implementação dos direitos humanos na saúde envolve a criação de políticas públicas que garantam acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. No entanto, o que se constata no cotidiano dos serviços de saúde em vários países do mundo são as desigualdades socioeconômicas, barreiras culturais e falta de recursos, que impossibilitam o acesso de qualidade aos serviços de saúde.

É necessário abordar este ponto em maior profundidade, uma vez que os governos possuem um papel importante no processo de promoção da saúde. Para superar esses desafios é fundamental que os governos e organizações de saúde trabalhem juntos para superar esses obstáculos e assim assegurar que todos os indivíduos possam exercer seu direito à saúde.

Em vista disso, apesar dos Direitos Humanos estarem amplamente consolidados em diversos países, a realidade pode ser diferente em outros contextos e países. A violação flagrante dos direitos humanos que afetam a saúde de indivíduos e populações continuam. Exemplos disso, incluem a tortura de detidos em prisões no Iraque; violações e assassinatos sistemáticos nos Balcãs, Ruanda, Chechénia e outros; envolvimento de médicos em torturas, execuções mal feitas; experiências desumanas; e técnicas questionáveis de interrogatório na chamada guerra ao terror (Gruskin, Mills & Tarantola, 2007).

Além disso, em contextos de conflito ou crise humanitária, a prestação de serviços de saúde pode ser severamente comprometida, exacerbando as condições de vida já precárias dessas populações, ferindo a garantia do direito à saúde. Nesses casos, são negados direitos básicos de saúde, sequer que alcance as necessidades mais imediatas do ser humano, nas dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Tais violações dos direitos humanos podem ser projetadas ou endossadas por governos, instituições de poder e indivíduos. Essas violações deploráveis coexistem com atividades mais subtis que também têm efeitos graves e duradouros sobre a saúde e os direitos humanos, como a ausência de sistemas básicos de saúde; políticas que tornam os medicamentos inacessíveis; e tolerância à discriminação contra grupos como utilizadores de drogas injetáveis, pessoas com transtornos de saúde mental, imigrantes irregulares ou sem abrigo.

A contínua e previsível ausência de acesso a cuidados eficazes para a maioria das pessoas que vivem com doenças em países pobres também pode ser vista como uma violação dos direitos humanos. Portanto, os direitos humanos devem ser imperativos na prestação de cuidados e implementação de programas de saúde pública (Labonté, 2015).

Existem três relações principais entre saúde e direitos humanos: os efeitos positivos e negativos na saúde da promoção, negligência ou violação dos direitos humanos; o efeito da saúde na realização dos direitos humanos; e os efeitos das políticas e programas de saúde pública sobre direitos humanos.

Apesar dos avanços no estudo e na defesa da saúde e dos direitos humanos, ainda não se entendeu completamente a natureza dessas relações, como elas interagem ou o seu valor para a medicina e prática de saúde pública (Mann *et al.*, 1994). Se nos situarmos historicamente, desde os julgamentos de Nuremberg e a criação da ONU, há várias décadas, cresceu o interesse pela associação entre saúde e direitos humanos.

Antes da década de 1970, os esforços a um nível global para melhorar a saúde entre os pobres concentravam-se principalmente em programas verticais para controlar as principais doenças tropicais e aumentar as instalações e os profissionais da saúde nos países pobres.

Seguindo a situação histórica, de meados da década de 1970 a meados da década de 1990, muitos esforços relevantes concentraram-se na atenção primária à saúde. Isso significa soluções de baixa tecnologia, baixo custo, baseadas na comunidade e multissetoriais para os problemas de saúde mais comuns e importantes vivenciados pelos pobres (Gruskin *et al.*, 2007). Por meio das preocupações com a cobertura universal e os

determinantes de problemas de saúde associados à pobreza, essa visão invocava implicitamente os princípios de equidade e direitos humanos.

A primeira estratégia mundial de saúde pública passou pelo envolvimento explícito com questões de direitos humanos no final da década de 1980, quando Jonathan Mann dirigiu o Programa Global de HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) na OMS. Na altura, surgiam evidências que mostravam que a discriminação estava afastando as pessoas dos programas de prevenção e cuidados em saúde.

Nesse sentido, esperava-se que a eliminação de tal discriminação encorajasse as pessoas não apenas a exercer plenamente os seus direitos, mas também a apresentarem-se para aconselhamento voluntário, testes e tratamento de infecções oportunistas. A adoção desses serviços, por sua vez, os ajudaria a proteger a sua dignidade, melhorar a sua saúde e bem-estar e motivá-los a adotar comportamentos que restringiriam a propagação da infecção (Gruskin *et al.*, 2007).

Essa visão de mundo prevaleceu na segunda metade do século XX. No entanto, sabe-se que os governos têm a responsabilidade de fornecer serviços sociais e de saúde essenciais e permitir que as pessoas e suas famílias alcancem uma saúde melhor respeitando os direitos humanos (Meier *et al.*, 2018).

Muitas vezes, no entanto, os esforços do setor da saúde para ir além da retórica em direção à operacionalização das preocupações com a equidade, os direitos humanos e a pobreza foram marginalizados. Os defensores dessas questões viram-se a competir por fundos e atenção limitados, em vez de unir forças em ações coordenadas, focadas e mutuamente reforçadas (Nações Unidas & OMS, s/d).

Essas questões abrangem a legislação e a formulação de políticas. Além disso, estabelecem os papéis e os limites da responsabilidade das partes interessadas, governamentais e não governamentais, pelas condições que restringem ou possibilitam a saúde e para a prestação de serviços de saúde e relacionados (Meier *et al.*, 2018).

Quase todas as agências de desenvolvimento, organizações e programas da ONU, embora com graus variados de sucesso, prestam atenção aos direitos humanos no seu trabalho em saúde. Além disso, muitos governos estão incluindo nas suas agendas as suas obrigações de direitos humanos nas suas atividades relacionadas à saúde, tanto em países de alto poder econômico quanto os de menor poder econômico.

Morin (2005) argumenta que, por muito tempo, acreditou-se que o crescimento econômico seria o motor do desenvolvimento humano e social, resultando em maior qualidade de vida e progresso. No entanto, observa-se cada vez mais que a expansão da

produção e do consumo nem sempre está associada a um aumento real no bem-estar. Em certos casos, o excesso de crescimento acaba gerando impactos negativos que superam os benefícios, levando à percepção de que os efeitos colaterais do progresso podem se tornar mais evidentes do que as melhorias esperadas.

Nesse sentido, a palavra progresso não é tão clara quanto parece, pois ao distanciar-se da essência do ser humano, pode haver um retrocesso na visão integral do ser, ou ainda privilegiar uma dimensão em detrimento de outra, e assim afastar-se do que é essencial para atender as necessidades dos seres humanos na sua integralidade, contemplando as dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Se está claro que é necessário haver a consideração de um ser humano integral para que suas necessidades em saúde sejam atendidas, na prática vemos barreiras de diversas esferas que dificultam seu exercício. Frente a isso, é comum, por uma lógica de comparação hierárquica, que as questões espirituais sejam negligenciadas a um segundo ou terceiro ponto, tendo em vista fatores materiais. No entanto, a integralidade pressupõe inter-relação entre as diversas esferas. Portanto, o cuidado em saúde precisa ter em perspectiva todas as dimensões concomitantemente.

As ligações entre os direitos humanos e a saúde, aqui entendidas na perspectiva da integralidade da atenção, são mais bem compreendidas por referência ao prefácio da Constituição da OMS, que afirma que a saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e espiritual e não apenas a ausência de doença” e “o mais alto nível atingível de saúde é o direito fundamental de todo ser humano” (OMS, 1948, p. 1).

Ter qualidade de vida, saúde e bem-estar integral envolve considerar múltiplos elementos para além daqueles evocados tradicionalmente. Inclui ir mais longe, pois cria interdependência nas dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural, reverberando nas dimensões espiritual/existencial.

Nesse sentido, Toniol (2017) destaca a importância de esclarecer os diversos significados atribuídos a conceitos como crenças pessoais, religiosidade, bem-estar existencial e religião. Isso ressalta a necessidade de compreender as raízes paradigmáticas desses termos, especialmente diante do afastamento entre religião e ciência na modernidade.

Complementando essa perspectiva, Teixeira, Müller e Silva (2004) defendem a inserção da espiritualidade como um recurso de saúde, enfatizando sua relevância na formação de novos profissionais, além de sublinhar a importância de validar e adaptar

instrumentos de pesquisa que abordam crenças pessoais e bem-estar religioso e existencial, garantindo maior confiabilidade nos estudos da área.

De um ponto de vista mais geral, os governos são responsáveis por permitir que as suas populações alcancem melhor saúde por meio do respeito, proteção e cumprimento dos direitos (ou seja, não violar direitos, prevenir violações de direitos e criar políticas, estruturas e recursos que promovam e façam valer direitos). Essa responsabilidade vai além da prestação de serviços essenciais de saúde para enfrentar seus respectivos determinantes, tais como educação adequada, habitação, alimentação e condições favoráveis de trabalho.

Esses itens são os próprios direitos humanos e são necessários para a saúde. A relação das pessoas com o seu ambiente é complexa e o cumprimento – ou ausência – dos direitos humanos e os seus efeitos sobre os principais determinantes da saúde precisam de muita investigação (Gruskin *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Toniol (2017) destaca que, mesmo quando se concentram esforços em assegurar ou proteger um direito específico, os direitos humanos estão profundamente interligados e dependentes uns dos outros. Por consequência, as violações ou negligências raramente afetam um único direito de forma isolada, refletindo na vulnerabilidade de diversas esferas simultaneamente.

Direitos económicos, sociais e culturais, como educação e alimentação, são relevantes para a saúde, assim como direitos civis e políticos como os relativos à vida, autonomia, informação, livre circulação, associação, igualdade e participação. O reconhecimento das obrigações legais e políticas que conectam os direitos económicos, sociais e culturais, bem como os direitos civis e políticos, continua a crescer (Cohen & Ezer, 2013).

Embora o direito à saúde forme a base legal para grande parte do trabalho atual em saúde e direitos humanos, se escrito hoje, provavelmente colocaria maior ênfase na saúde do que na doença e nos sistemas de saúde em vez da prestação de cuidados médicos. A abordagem dos efeitos da discriminação, relacionada ao gênero ou não, na saúde e na prestação de serviços é bem coberta por outros direitos, mostrando novamente como os direitos humanos estão interligados (Ritchey, La Gory & Mullis, 1991).

A obrigação legal dos Estados de respeitar os direitos relacionados à saúde é apenas uma parte do quadro, porque os direitos também são usados para orientar políticas e programas de saúde e bem-estar. Eles permitem uma ampla resposta à saúde e ao desenvolvimento por parte das partes interessadas nacionais e internacionais com responsabilidades que vão além do setor de saúde.

De acordo com Oliveira (2010), embora os tratados internacionais, enriquecidos por declarações e documentos relacionados, tenham implicações legais, seu impacto vai além do jurídico, contribuindo diretamente para o desenvolvimento de políticas e programas em diversos Estados, mesmo que estes não estejam formalmente vinculados ao tratado em questão. O direito à saúde, o direito ao mais alto padrão de saúde alcançável responsabiliza os governos não apenas pela prevenção, tratamento e controle de doenças, mas também pela criação de condições que garantam o acesso às instalações, bens e serviços de saúde.

Nessa ótica, todos os direitos humanos, sejam eles, econômicos, sociais, culturais, civis e políticos se mostram interdependentes e indivisíveis, exigindo que os governos ajam de forma progressiva na correção das condições que possam obstruir a plena realização desses direitos.

A atenção sistemática a essa gama de direitos por parte do setor de saúde pode fornecer uma estrutura coerente para um foco nas condições que podem limitar a capacidade das pessoas de alcançar a saúde ideal e receber serviços de saúde (Gruskin *et al.*, 2007).

Os vínculos entre os conceitos de pobreza, equidade e direitos humanos em relação à saúde são muitos e profundos. Tanto os princípios de equidade quanto os de direitos humanos ditam a luta pela igualdade de oportunidades de saúde para grupos de pessoas que historicamente sofreram discriminação ou marginalização social.

Alcançar oportunidades iguais para a saúde implica não apenas amortecer os efeitos prejudiciais à saúde da pobreza e marginalização, mas requer que se reduzam as disparidades entre as populações nas condições subjacentes – como educação, padrões de vida e exposições ambientais – necessárias para ser saudável.

Assim, tanto as perspectivas de direitos humanos quanto de equidade exigem que as instituições de saúde lidem com a pobreza e a saúde não apenas prestando cuidados para melhorar a saúde dos pobres, mas também ajudando a alterar as condições que criam, exacerbam e perpetuam a pobreza e a marginalização.

Os governos são responsáveis, como partes dos tratados de direitos humanos, por estabelecer referências e metas para a realização progressiva da plena realização dos direitos humanos. A “realização progressiva” exige que eles demonstrem um movimento de boa fé para a plena realização de todos os direitos (Organização Internacional do Trabalho, 2003).

Segundo Emerique (2009), a pobreza constitui, ela própria, uma violação dos direitos humanos, pois implica na negação desses direitos. Para a autora, a pobreza restringe as liberdades públicas dos mais vulneráveis, que ficam privados dos recursos essenciais para uma vida digna. Ver a pobreza como uma violação dos direitos humanos significa adotar uma visão diferente daquela que a trata meramente sob a ótica da compaixão ou da moral. Não se trata apenas de prestar auxílio ou ser solidário, mas de reconhecer que a erradicação da pobreza deve ser abordada no âmbito normativo, como uma responsabilidade do Estado e um direito inalienável de todo cidadão.

Por exemplo, a falta de acesso à educação, especialmente à educação primária, é cada vez mais reconhecida como a negação de um direito e como inextricavelmente ligada à pobreza e à saúde precária. A educação promove o empoderamento e a participação em decisões informadas sobre comportamentos relacionados à saúde e, portanto, é fundamental para romper o ciclo pobreza-doença (Campos, 2008).

Porém, as estratégias que se concentram estreitamente na pobreza e na saúde que não consideram perspectivas mais amplas oferecidas pela equidade e pelos direitos humanos podem falhar porque não levam em consideração os principais fatores que muitas vezes influenciam a relação entre pobreza e problemas de saúde. Sem um foco sistemático em como a marginalização e a discriminação podem causar, exacerbar e perpetuar a pobreza, os esforços para reduzir os efeitos da pobreza e seus impactos na saúde podem ser relativamente ineficazes.

Por exemplo, melhorar a acessibilidade geográfica e financeira dos serviços preventivos de saúde pode não aliviar as disparidades no seu uso, sem uma divulgação ativa e apoio para os grupos mais propensos a serem subutilizadores, apesar da necessidade igual ou maior.

Tanto os princípios de equidade quanto os de direitos humanos exigem que as instituições de saúde considerem sistematicamente como o desenho ou a implementação de políticas e programas podem afetar direta ou indiretamente a marginalização social, desvantagem, vulnerabilidade ou discriminação. Tais princípios exigem a identificação e superação de obstáculos – como idioma, crenças culturais, racismo, discriminação de gênero, homofobia, e diversos outros – que impedem que grupos desfavorecidos recebam todos os benefícios das iniciativas de saúde.

Embora muitas políticas e programas para reduzir a pobreza e melhorar a saúde dos pobres considerem e incorporem rotineiramente essas preocupações, infelizmente muitos não o fazem. A adoção explícita de abordagens de equidade e direitos humanos pode

garantir atenção sistemática à desvantagem social, vulnerabilidade e discriminação nas políticas e programas de saúde (Gruskin *et al.*, 2007).

Além disso, os mecanismos de direitos humanos internacionalmente reconhecidos para responsabilização legal podem ser usados pelo setor da saúde para fornecer processos e fóruns e sugerir abordagens concretas para reduzir a pobreza e a desigualdade na saúde. Os instrumentos internacionais de direitos humanos, portanto, fornecem não apenas uma estrutura, mas também uma obrigação legal para as políticas para alcançar a igualdade de oportunidades para ser saudável, uma obrigação que necessariamente requer consideração da pobreza e da desvantagem social (Organização Internacional do Trabalho, 2003).

As perspectivas de equidade e direitos humanos podem destacar a responsabilidade dos países mais ricos de buscar as causas e as consequências da pobreza dentro e fora das suas fronteiras. Um compromisso com a equidade ou com os direitos humanos exige uma ação importante sobre a pobreza e a saúde, como um imperativo ético e legal (Mata, 2015).

As atividades nestas direções requerem a colaboração com setores que normalmente não têm sido parceiros da saúde, por exemplo, na área económica, desenvolvimento social, político, educacional, ambiental e geral (Leppo *et al.*, 2013). Sendo assim, é fundamental que alguns princípios sejam estabelecidos para nortear as ações garantido que a atenção em saúde contemple o indivíduo de forma integral, ou seja, nas suas dimensões, dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Nesse raciocínio, cita-se alguns princípios a serem norteadores das ações, por exemplo: (1) Universalidade e acessibilidade: todos os indivíduos independentemente de sua religião ou crença espiritual devem ter acesso a cuidados em saúde sendo visto como um ser integral e que dentro dessa integralidade reconheçam e respeitem suas necessidades espirituais; (2) Equidade: os serviços de saúde devem ser prestados de forma justa e equitativa, sem discriminação baseada em crenças espirituais ou religiosos; (3) Autonomia: às pessoas em situação de doença devem ter o direito de fazer escolhas informadas sobre seu cuidado espiritual, incluindo a participação ou recusa de serviços espirituais e religiosos; e (4) Respeito e dignidade: o cuidado espiritual deve respeitar a dignidade e valor intrínseco de cada indivíduo, promovendo um ambiente de respeito mútuo e compreensão.

Diante do que vem sendo refletido, sobre direitos humanos e saúde, nesta seção, é crucial enfatizar a interconexão com a multidimensionalidade do ser humano envolvendo as dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural, a integralidade da atenção à saúde e a garantia dos direitos humanos.

Se essa visão integra o entendimento do que são os chamados direitos humanos, e se ela deve guiar as ações dos governos quando gerenciam os esforços em saúde nos seus diversos contextos. Desse modo, fica evidente que a dimensão espiritual precisa ser considerada quando se pensa a saúde. Os exemplos dados, sobretudo com relação às experiências ligadas à capelania hospitalar, ilustram situações em que pessoas concretas se sentem atendidas em uma perspectiva que vai para além dos aspectos puramente biológicos.

2.3 Direitos humanos como princípio norteador do exercício profissional do assistente social

Os direitos humanos constituem um princípio fundamental que norteia o exercício profissional do Serviço Social, orientando suas práticas, valores e objetivos. A profissão de Serviço Social está intrinsecamente ligada à promoção da justiça social, igualdade e dignidade, e, nesse sentido, a defesa dos direitos humanos é central para a realização desses objetivos.

Sendo assim, tais profissionais estão comprometidos com a luta pela garantia dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais das pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situações de vulnerabilidade e exclusão. Na atuação em diferentes contextos, como saúde, assistência social, previdência social, educação, entre outros, o assistente social busca assegurar que todos os indivíduos tenham acesso aos recursos necessários para uma vida digna e plena independentemente de sua raça, gênero, orientação sexual, religião ou condição sócio econômica.

Além disso, o compromisso com os direitos humanos exige que o Assistente Social adote uma postura ética, crítica e reflexiva em sua prática, questionando e combatendo quaisquer formas de opressão, discriminação e violação de direitos. Este conjunto de princípios também orientam o profissional a trabalhar de forma articulada com outras políticas públicas e organizações da sociedade civil, promovendo a conscientização e a mobilização social para defesa e ampliação dos direitos. Contudo, a evolução da integração dos direitos humanos na educação em Serviço Social deve ser compreendida no contexto histórico e cultural.

De acordo com Branco (2009), em breve visão histórica do Serviço Social em Portugal:

As primeiras tentativas para a criação de Escolas de Serviço Social em Portugal, segundo Alcina Martins (1999: 207-230), são ensaiadas em 1928 no Instituto de Orientação Profissional, com o intuito de formação do pessoal vinculado aos serviços de justiça de menores e, em 1934, no mesmo Instituto, para a formação de observadores de psicologia juvenil e de observadores sociais. Ocorrendo no contexto da Ditadura Nacional (1926-1933), estas primeiras iniciativas têm a sua génese nas preocupações e iniciativas dos movimentos higienistas, de medicina social e de proteção da infância que, de forma manifesta, antecedem o fim da I República em Portugal (Branco, 2009, p. 62).

Ainda de acordo com o autor retromencionado:

É, no entanto, com o I Congresso da União Nacional (partido único), em 1934, que são apresentadas, pela Condessa de Rilvas e por Bissaya Barreto, propostas no sentido da criação do Instituto de Serviço Social (Lisboa, 1935) e da Escola Normal Social (Coimbra, 1937). Mais tarde, em 1956, seria criado, pela Associação de Cultura e Serviço Social, o Instituto de Serviço Social do Porto. Assim, no caso português, a institucionalização do Serviço Social como formação académica e profissão tem por contexto sociopolítico o Estado Novo, um regime de natureza autoritária e corporativista, avesso ao intervencionismo público na esfera social e, por isso, contrário ao modelo de Estado Social em progressiva constituição nos países democráticos e mais desenvolvidos do mundo ocidental. É pois no contexto ideológico e cultural do Estado Novo que vai enquadrar a formação e o exercício profissional do Serviço Social, na sua primeira fase de institucionalização (Branco, 2009, p. 62).

Na atualidade, a formação do assistente social, com foco nos direitos humanos, de acordo com a Agenda Global para o Serviço Social, e os desafios globais atuais, exigem uma preparação sólida dos assistentes sociais, capacitando-os para lidar com questões sociais e ecológicas complexas. Em resposta a esses desafios, em junho de 2022, foi realizado um congresso Mundial com o tema: “Co-Construir um novo mundo eco-social. Não deixando ninguém para trás!”, cujo propósito foi a elaboração de uma Declaração Global de Valores orientada para a promoção de uma nova abordagem.

Nesse contexto, André e Vieira (2022) apresentaram os pilares de uma proposta formativa para os assistentes sociais em Portugal, com o objetivo de prepará-los para atuar como profissionais comprometidos na defesa dos direitos humanos.

A partir dessa perspectiva, são oferecidas reflexões e propostas sobre a formação desses profissionais, organizadas em três partes: (1) os princípios éticos orientadores da prática; (2) referenciais teóricos que situam as necessidades humanas dentro de uma abordagem ecológica e; (3) estratégias metodológicas e os desafios políticos e pedagógicos no âmbito da investigação.

Segundo André e Vieira (2022), citando Staub-Bernasconi (2010, 2016):

Os Assistentes Sociais são profissionais de Direitos Humanos devendo exercer um triplo mandato. Este triplo mandato cobre três áreas: a ajuda à pessoa utente que recorre aos serviços; o controlo das medidas de política social em representação do Estado e da sociedade perante o cidadão; a elaboração de um conhecimento científico e ético que comprovam o profissionalismo do Serviço Social, na definição das necessidades humanas e na defesa dos Direitos Humanos. Nesta perspetiva, o Serviço Social intervém nas situações sociais para resolver problemas humanos e sociais, através da identificação das necessidades humanas e da procura de respostas, no quadro das políticas sociais, sendo o mediador entre o Estado, o mercado e a sociedade, exigindo uma responsabilidade social que é pública, solidária e cooperativa (André & Vieira, 2022, p. 14).

Já nas palavras de Barroco (2008, p. 9):

O Serviço Social tem uma longa tradição de luta pelos DH [direitos humanos]: em todos os continentes e países em que atua se caracteriza pelo compromisso ético com a dignidade humana, pelo respeito ao outro em todas as suas situações de vida e escolhas, sem discriminações e preconceitos de raça, etnia, religião, orientação sexual, etc. As diferentes concepções e tendências profissionais não estão acima dos valores e princípios éticos que unem internacionalmente os assistentes sociais em uma luta comum. (Barroco, 2008, p. 9).

O seu compromisso com a justiça social, o conhecimento sobre a diversidade cultural e o respeito à dignidade e ao valor do indivíduo, têm muito a contribuir para o debate moderno dos direitos humanos. Os investigadores muitas vezes articularam a visão do Serviço Social como uma profissão de direitos humanos (Reynaert *et al.*, 2021). Androf (2018) argumenta que os documentos, fontes, organizações e valores centrais do Serviço Social lhe estabelecem claramente como uma profissão baseada nos direitos humanos.

Conforme estabelecido pela Federação Internacional de Assistentes Sociais (2022), a declaração global de princípios éticos do Serviço Social, entre muitos outros princípios, reconhece a dignidade inerente à condição humana como um de seus pilares fundamentais

Esse reconhecimento implica que os assistentes sociais devem demonstrar, em suas ações, palavras e atitudes, um profundo respeito pelo valor do indivíduo. Embora o respeito a todas as pessoas seja inegociável, há uma responsabilidade profissional em questionar crenças e práticas que promovam a desvalorização e a marginalização de alguém, direta ou indiretamente. Os assistentes sociais reconhecem e respeitam a dignidade e o valor inerentes a todos os seres humanos em atitudes, palavras e ações. Respeitam todas as pessoas, mas desafiam as crenças e ações das pessoas que desvalorizam ou estigmatizam a si mesmas ou a outras pessoas.

A partir dessa premissa, os assistentes sociais se dedicam ativamente à promoção dos direitos humanos, os quais constituem um dos fundamentos essenciais do exercício da profissão.

Nesse sentido, os assistentes sociais não apenas acolhem, mas defendem os direitos inalienáveis de todos os indivíduos, fundamentando suas práticas no respeito pela dignidade humana e na valorização de cada pessoa. Eles atuam de forma a garantir que a justiça social seja promovida e acessível a todos, assumindo a responsabilidade de envolver, mediar e fortalecer as comunidades e indivíduos com os quais trabalham. Além disso, é parte de seu compromisso enfrentar e combater formas de discriminação e opressão que possam se manifestar em diferentes esferas sociais e institucionais.

Nesse sentido, o combate à discriminação abrange uma ampla gama de aspectos, incluindo, mas não se limitando a idade, habilidades, capacidade, estado civil, classe, cultura, etnia, gênero, identidade de gênero, idioma, nacionalidade (ou falta dela), opiniões, outras características físicas, habilidades físicas ou mentais, crenças políticas, pobreza, raça, status de relacionamento, religião, sexo, orientação sexual, status socioeconômico, crenças espirituais ou estrutura familiar.

Sendo assim, os assistentes sociais desempenham um papel ativo na redução das desigualdades sociais, promovendo o empoderamento de grupos vulneráveis e reforçando a importância do respeito à diversidade em todos os contextos de sua prática profissional.

Desde a sua criação, o estabelecimento da DUDH foi repleto de desafios, pois o Comitê sobre as Bases Teóricas dos Direitos Humanos, estabelecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), procurou navegar entre ideologias, culturas e interesses conflitantes. Depois que a DUDH foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), em 1948, o foco permaneceu no estabelecimento de um pacto para especificar direitos e limites (Nações Unidas, s/d).

Após muito debate, foi tomada a decisão de redigir dois pactos sobre direitos humanos: (1) o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e (2) o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Direitos Sociais e Culturais (ICESCR) (Taia, 2009).

A breve história do desenvolvimento da DUDH destaca o tremendo impacto que a cultura tem nas decisões sobre direitos humanos. A consciência em torno do desenvolvimento da DUDH, os seus convênios e o contexto histórico em que esses documentos surgiram fornecem um contexto necessário para a compreensão do discurso dos direitos humanos no campo do Serviço Social (Sousa-Meixell, Kim & Silmere, 2022).

Adotar uma abordagem de direitos humanos para a prática do Serviço Social é de extrema importância, pois baseia-se nos direitos inalienáveis da pessoa humana. A agenda global dos Objetivos Desenvolvimento Sustentável (ODS) permite que os assistentes sociais utilizem essa abordagem com base no compromisso global por meio da agenda 2030, focada em desenvolvimento, direitos humanos e meio ambiente (Sousa-Meixell *et al.*, 2022).

No que diz respeito à percepção dos direitos humanos no Serviço Social, as concepções originais dentro da profissão centravam-se nas liberdades universais valorizadas por praticamente todas as pessoas.

O discurso dos direitos humanos no Serviço Social também se concentrou em como as liberdades são afetadas por vários aspectos da identidade e do ambiente. De acordo com as Nações Unidas (s/d), embora várias definições de direitos humanos tenham surgido ao longo dos anos, a referência mais útil e duradoura está delineada na DUDH, no qual os direitos humanos são definidos como aqueles direitos que são inalienáveis e inerentes a todos os seres humanos.

Wronka e Franklin (2019) também articulam os direitos humanos como um conjunto de princípios orientadores interdependentes que podem ser melhor compreendidos com o Tríplice de Direitos Humanos da ONU. Em vez de aplicar os direitos humanos a áreas limitadas do Serviço Social, os autores argumentam que os direitos humanos, tomados como um todo, são mais passíveis de prática generalista avançada. Com isto, o Serviço Social deu passos significativos no fornecimento de liderança profissional e estratégias claras na área de direitos humanos.

Assim, deve ser desenvolvida uma capacidade nacional e internacional para estabelecer referências e metas que reflitam as preocupações com a equidade e os direitos humanos. São necessários métodos e fontes de dados mais práticos, acessíveis, sustentáveis e cientificamente sólidos para a monitorização contínua da equidade em saúde e dos direitos humanos ao longo do tempo. No entanto, em praticamente todos os países, mais poderia ser feito agora com os dados existentes e métodos relativamente simples.

A responsabilização pela equidade, bem como pelos direitos humanos, pode ser ainda melhorada envolvendo mais formalmente o setor da saúde nos relatórios de rotina dos governos aos órgãos de monitorização de direitos humanos sobre o cumprimento de uma série de direitos relevantes para a pobreza e a equidade em saúde.

A OMS e as instituições de saúde, bem como os profissionais de Serviço Social, em todos os níveis devem considerar a convocação de fóruns interinstitucionais e

intersetoriais periódicos de alta visibilidade para examinar as evidências sobre pobreza, equidade, direitos humanos e saúde; discutir as implicações das políticas multissetoriais; definir prioridades para ações conjuntas e separadas para enfrentar os problemas destacados; garantir a monitorização contínua e coordenada por instituições de saúde e direitos humanos; e determinar questões para um estudo mais aprofundado (Braveman & Gruskin, 2003).

Os direitos sociais e econômicos prometidos pela primeira vez na DUDH são, na verdade, privilégios reservados a alguns, em vez de direitos garantidos a todos. Nesse sentido, mudar o foco das necessidades humanas para os direitos humanos exige que os assistentes sociais vejam as preocupações dos usuários em um contexto sociopolítico mais amplo, e percebam as necessidades do ser humano, essencialmente, no contexto e saúde, na sua integralidade.

Dessa forma, para finalizar essa seção, sobre direitos humanos e Serviço Social, é crucial refletir sobre a ausência da espiritualidade como aspecto importante para atenção integral à saúde. Até então, este trabalho buscou demonstrar a necessidade de se considerar a espiritualidade como uma dimensão humana, como um direito humano. Além disso, fica evidente a relação entre espiritualidade e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, visto que, como necessidade humana, ela atravessa o processo de saúde/doença como um todo. Ou seja, o direito à saúde inclui, por sua vez, também o direito de alguém ter acesso a cuidados que consideram suas necessidades espirituais consoante sua singularidade.

Porém, o que se observa é um distanciamento da categoria nas discussões para a abordagem da dimensão espiritual do ser humano, nas suas práticas. Nesse sentido, sendo o Serviço Social uma profissão que integra as equipes de saúde, e, por conseguinte, que presta o cuidado em saúde visando a atenção na integralidade, este deve considerar todas as dimensões do ser humano, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

A resposta à questão poderá estar na preocupação comum entre os profissionais: o risco de comprometer o rigor científico da profissão e muitos temem que tratar da espiritualidade, uma dimensão subjetiva e difícil de mensurar e a objetividade que costuma caracterizar as abordagens científicas.

Ao mesmo tempo, há um tensionamento constante entre a necessidade de atender integralmente as demandas das populações atendidas e o compromisso com a cientificidade. A realidade dos sujeitos é multifacetada e inclui tanto aspectos objetivos, como condições materiais quanto subjetivas, como suas crenças, valores e espiritualidade.

Ignorar essa dimensão pode significar uma abordagem incompleta das necessidades humanas.

Para Rosas-Jiménez e Díaz (2017), o cuidado e atenção espiritual oferecidos aos doentes não diferem do rigor científico como alguns podem pensar. Pelo contrário, é um complemento, parte de uma abordagem holística da vida e dos valores para um melhor atendimento aos doentes. Outra possível dificuldade do Serviço Social, principalmente no Brasil em incluir a dimensão espiritual em suas práticas, poderá estar relacionada à influência significativa de uma leitura específica na teoria marxista no Serviço Social, que tem foco claro, nas condições materiais e nas relações de produção como determinante das formas de consciência e da estrutura social. Incluir a dimensão espiritual pode parecer, em um primeiro momento, incompatível com esse foco, já que a espiritualidade é uma dimensão subjetiva e pode ser vista como uma distração das lutas materiais.

Mergulhando um pouco na perspectiva marxista, é possível perceber que, de fato, as ideias advêm das relações materiais de produção, representando o inverso do que aponta a dialética de G. Hegel (Marx, 2007). No entanto, essas ideias, nas quais é possível encontrar a própria religião, circulam na sociedade e dialogam com a materialidade da vida. Nesse sentido, não é possível compreender o movimento da sociedade burguesa sem ter em conta a relação entre religião e história.

É levando isso em consideração que Marx (2010) escreve:

A miséria religiosa constitui ao mesmo tempo a expressão da miséria real e o protesto contra a miséria real. A religião é o suspiro da criatura oprimida, o ânimo de um mundo sem coração, assim como o espírito de estados de coisas embrutecidos. Ela é o ópio do povo (Marx, 2010, p. 145).

É certo que Marx justapõe a exploração burguesa com a expressão religiosa, entendendo a segunda como um elemento apaziguador do sofrimento. Porém, se há uma expressão religiosa que se manifesta na forma de um comportamento ou prática social, é fato que há também um fenômeno social capaz de configurar percepções e relações sociais.

Somado a isso, Engels (1890), em uma carta para J. Bloch, escreve:

De acordo com a concepção materialista da história, o elemento determinante final na história é a produção e reprodução da vida real. Mais do que isso, nem eu e nem Marx jamais afirmamos. Assim, se alguém distorce isto afirmando que o fator econômico é o único determinante, ele transforma esta proposição em algo abstrato, sem sentido e em uma frase vazia. As condições econômicas são a infraestrutura, a base, mas vários outros vetores da superestrutura (formas políticas da luta de classes e seus resultados, a saber, constituições estabelecidas

pela classe vitoriosa após a batalha, etc., formas jurídicas e mesmo os reflexos destas lutas nas cabeças dos participantes, como teorias políticas, jurídicas ou filosóficas, concepções religiosas e seus posteriores desenvolvimentos em sistemas de dogmas) também exercitam sua influência no curso das lutas históricas e, em muitos casos, preponderam na determinação de sua forma (Engels, 1890, p. 1).

Disto é possível depreender, sob um outro ângulo, que não é possível pensar em uma análise da sociedade sem considerar suas manifestações espirituais, dentre as quais se encontram aquelas ligadas às religiões. Se a religião ocupa um lugar particular em uma sociedade baseada na exploração, negar sua existência ou seu papel dentro desse contexto é simplesmente deixar de lado parte da “expressão” e do “protesto” levantados por Marx (2010).

Nesses termos, é mais importante perceber o papel da religião na sociedade, como tenta fazer Marx, do que analisar se ela mereceria ter ou não lugar na sociedade. Entendendo, portanto, que o fenômeno religioso tem lugar na sociedade, cabe compreender como ele se relaciona com as pessoas e com a sociedade de maneira mais ampla.

Dado que este debate pode ser polêmico, é necessário insistir nele um pouco mais. É possível que alguns argumentem que o Serviço Social deve ignorar a dimensão espiritual ou um dado fenômeno religioso na sociedade, visto que estes seriam meras expressões de uma exploração material mais central. Nessa linha de raciocínio, uma sociedade hipotética que haveria superado o capitalismo não possuiria religiões, portanto a linha de atuação deve se voltar para entender e combater a exploração capitalista. No entanto, o circuito social, que inclusive se produz por meio de contradições dialéticas, combina elementos diversos.

Desse modo, a atuação do Serviço Social precisa considerar a complexa tessitura de uma sociedade que dialoga com diversos elementos, pois cada um, à sua maneira, produz efeitos na sociedade. Mesmo que dimensão espiritual eventualmente deixe de fazer sentido para as sociedades do futuro, os seres humanos concretos do presente encontram-se também em diálogo com ela. Suas necessidades reais e postas dialogam, portanto, com esse aspecto hoje ainda é fundamental.

Nesse sentido, e voltando a falar em direitos humanos, quando a espiritualidade é negligenciada, perde-se a oportunidade de compreender e atender plenamente as necessidades mais profundas dos indivíduos. Essa posição não apenas empobrece a qualidade do cuidado, mas também ignora a diversidade ou omissão da dimensão espiritual nos cuidados em saúde revela uma lacuna significativa no atendimento ofertado.

No cotidiano profissional, o que se percebe é que as situações de doença podem ter repercussões negativas para as pessoas em geral e seus familiares, e muito mais significativamente, para as que são portadoras de doenças incapacitantes, crônicas e ou irreversíveis e que necessitam de cuidados paliativos. Estes fatos sinalizam a necessidade de que seja possível aos pacientes e familiares disporem de recursos possíveis para aliviar o sofrimento.

Portanto, a inserção da espiritualidade na prática do Serviço Social, é fundamental para a construção de práticas verdadeiramente humanizadas e completas. Reconhecer e valorizar a espiritualidade não é apenas uma questão de respeito aos direitos humanos, mas também uma estratégia essencial para promover a saúde e o bem-estar de forma integral.

A omissão da percepção da espiritualidade enquanto direito humano na prática do Serviço Social representa uma barreira para a implementação de cuidados que realmente atendam às necessidades complexas e multidimensionais das pessoas, subtraindo da atenção à saúde um componente vital para a cura e o fortalecimento do ser humano em sua plenitude.

Capítulo 3 - Serviço social na saúde e a determinação social da doença como perspectiva para a intervenção profissional e inserção da espiritualidade na abordagem em cuidados paliativos

Neste capítulo, serão apresentadas discussões relacionadas ao Serviço Social na saúde, com especial atenção à determinação social como perspectiva central da intervenção profissional. O foco principal recairá sobre a prática do Serviço Social e a inserção da espiritualidade na abordagem nos cuidados paliativos, que constitui o locus desta investigação.

A prática do Serviço Social na saúde se desenvolve a partir da compreensão das condições de vida dos sujeitos ancorada em uma análise crítica dos processos sociais que determinam o acesso e a qualidade da assistência prestada.

No campo da saúde, os assistentes sociais atuam diretamente com as populações em situação de vulnerabilidade e risco social, buscando não apenas mitigar os efeitos dessas condições, mas também intervir nas causas estruturais das desigualdades. Salienta-se, ainda, que enquanto profissão comprometida com a transformação da realidade social, atua na interface entre políticas públicas e a mediação para a garantia de direitos, especialmente na área da saúde.

Moraes, (s.d.), destaca que:

Diante desse profundo jogo de forças sociais é dever ético do profissional, entender e interpretar criticamente a realidade na qual atua, sem perder de vista que se trata de um processo dinâmico que nada tem de estático ou linear, dessa forma poderemos alcançar uma prática profissional transformadora e direcionada socialmente. Não há como desvendar a realizar sem compreender a categoria mediação (Moraes, s.d., p. 2).

Nessa mesma linha de pensamento, Iamamoto (2000) ressalta que um dos principais desafios enfrentados pelos Assistentes Sociais é a necessidade de interpretar a realidade e propor soluções criativas que garantam e promovam direitos, a partir das demandas emergentes do cotidiano. Para Iamamoto, é essencial que o profissional atue de forma propositiva, indo além das funções meramente executivas.

A compreensão da determinação social das doenças permite ao Serviço Social atuar de forma crítica e integral, reconhecendo que o sofrimento humano extrapola a dimensão biológica. Neste contexto, o conceito de “dor total”, introduzido por Saunders, citado por Cortês (2015), ganha destaque. Saunders preconiza que a dor passe a ser avaliada não apenas numa perspectiva clínica, mas também social, emocional e espiritual. É importante

ressaltar que o Serviço Social enquanto profissão passou por diferentes influências ao longo do tempo. Nessa trajetória, a perspectiva marxista teve um papel importante, especialmente a partir da década de 1960, quando as correntes críticas dentro do Serviço Social começaram a questionar a suposta neutralidade da profissão. Segundo o pensamento marxista, a chamada “Questão Social” é o resultado direto das contradições do sistema capitalista, que gera desigualdade e exploração.

Segundo Sodré (2010):

Isso proporciona aos assistentes sociais, profissionais da saúde, dois pontos de reflexão: 1) Frente aos determinantes sociais que conhecemos sobre a saúde, o que seria um estilo de vida saudável? Iremos pontuar a miséria e a pobreza como critério de avaliação ou encontraremos estilos saudáveis mesmo dentro das condições de pobreza da população?; 2) O que essa inversão proposta pelo campo da saúde coletiva nos coloca como demanda? Que modos de reprodução da vida estão sendo pautados? (Sodré, 2010, p. 463).

Dentro desse contexto, o Serviço Social passou a ser visto não apenas como uma prática assistencial, mas também como uma profissão inserida nas lutas de classes. De acordo com essa perspectiva, as questões sociais não são desvinculadas das contradições geradas pelo sistema capitalista, que promove desigualdade e exclusão. Assim, os assistentes sociais influenciados por essa corrente, começaram a atuar no sentido de sensibilizar os indivíduos sobre sua realidade social e buscar formas de intervenção capazes de contribuir para a transformação das estruturas sociais, visando à emancipação dos grupos oprimidos.

Nessa direção, Iamamoto (2000), sinaliza que:

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2000, p. 27).

Nesse entendimento crítico do Serviço Social, ao tratar da inserção da profissão na área da saúde é fundamental reconhecer que a atuação do profissional não se limita apenas à mediação de recursos e serviços. Ela inclui uma compreensão ampliada de saúde abrangendo as dimensões física, social, emocional, mental, cultural e cada vez mais reconhecidamente, espirituais do ser humano. Essa visão integrada é essencial para uma intervenção completa, especialmente dentro da perspectiva crítica, que busca romper com abordagens fragmentadas e tecnicistas.

Sodré (2010) ressalta que:

Ao assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida (Sodré, 2010, p. 473).

Quanto à dimensão espiritual, é importante ressaltar, que, embora tradicionalmente tratada como uma questão privada e subjetiva, se revela cada vez mais importante nos contextos de saúde. Para muitas pessoas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, a espiritualidade desempenha um papel central na forma como elas entendem e enfrentam suas experiências de doença, dor e cura. Práticas religiosas ou espirituais muitas vezes oferecem suporte emocional, um senso de pertencimento e até mesmo estratégias de enfrentamento que preenchem lacunas deixadas pelos sistemas de saúde convencionais.

Nessa perspectiva, Mathews (2009) afirma que o Serviço Social parece muitas vezes alheio ao debate que o rodeia. Uma discussão sobre o papel da religião ou da espiritualidade raramente aparece dentro da profissão e pode-se argumentar que existe ambivalência, mesmo hostilidade, em relação a tal compromisso (Mathews, 2009, p. 9).

Pois, ao observar mais de perto, é possível perceber que a espiritualidade também possui contornos sociais, uma vez que dialoga com formas coletivas de produção e reprodução da vida, aspectos culturais, condições de vida, até mesmo tecnologias produzidas socialmente.

É certo dizer que a espiritualidade é um fenômeno que dialoga com aspectos sócio históricos, assim como outros. Desse modo, o Serviço Social crítico, ao reconhecer e integrar a dimensão espiritual, amplia o entendimento das necessidades e das vivências dos indivíduos. Essa integração, no entanto, não deve ser feita de maneira descontextualizada ou reducionista.

A espiritualidade não pode ser vista como um refúgio que ignora as contradições materiais e estruturais que afetam as condições de vida. Ao contrário, o Serviço Social deve buscar compreender como as desigualdades sociais, econômicas e culturais moldam as vivências espirituais, e como essas vivências, por sua vez, influenciam o modo como os indivíduos lidam com a saúde e a doença.

Dentro do contexto da saúde pública, essa abordagem crítica reconhece que as populações vulneráveis, frequentemente, encontram-se em situações em que o acesso a cuidados médicos de qualidade é limitado. Nessas circunstâncias, as crenças espirituais emergem como fontes de esperança, resiliência e muitas vezes, como resistência às

opressões cotidianas. Desse modo, o Serviço Social, ao atuar de forma crítica, pode contribuir ao respeitar e acolher essas crenças sem perder de vista a necessidade de uma luta mais ampla pela garantia de direitos sociais e pelo acesso universal à saúde.

Nessa linha, ao integrar a espiritualidade como parte da intervenção do Serviço Social na saúde, o profissional reafirma seu compromisso com uma prática que valoriza o ser humano em sua totalidade. Isso inclui o respeito às práticas espirituais dos usuários, a escuta sensível e a compreensão das complexidades que envolvem o cuidado. Além disso, permite que o Serviço Social atue de forma crítica e estratégica, promovendo, não só o acesso aos serviços de saúde, mas também a reflexão sobre as condições estruturais que impactam a saúde integral das populações.

Nesse sentido, o Serviço Social na saúde não pode ser visto apenas como um facilitador do acesso a tratamentos, mas como um agente de transformação social. Ele deve intervir tanto nas barreiras materiais que impedem o acesso à saúde, quanto nas subjetividades dos indivíduos, incluindo seus aspectos espirituais, promovendo um cuidado que seja verdadeiramente integral e emancipador.

Ao atuar nesse campo, o Serviço Social questiona as limitações impostas pela lógica capitalista, que frequentemente limita o cuidado a sua dimensão técnica e mercadológica, ao passo que busca promover uma visão integral, contemplando o ser humano em sua plenitude e diversidade.

Nessa abordagem crítica, o Serviço Social na saúde busca não apenas resolver problemas imediatos, mas também entender como as questões mais amplas, como a exploração e as desigualdades afetam a saúde integral dos sujeitos. Ao incorporar a dimensão espiritual em sua prática, o Serviço Social reforça seu compromisso com a humanização do cuidado, respeitando as crenças individuais e oferecendo suporte em todas as esferas da vida, sem perder de vista o contexto social e econômico que estrutura essas vivências.

Isso incorpora o sentido de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas como resultado de um complexo conjunto de determinantes sociais, que engloba fatores sociais, econômicos e ambientais, pois esses fatores afetam diretamente as oportunidades que as pessoas têm para se manterem saudáveis. Desse modo, exige uma abordagem que reconheça as desigualdades e injustiças estruturais como importantes para o bem-estar das populações.

Nessa perspectiva, o assistente social emerge como um agente imprescindível na promoção da equidade em saúde, na perspectiva da atenção integral, tanto em atendimentos

individuais quanto em equipe multiprofissional, utilizando o acolhimento, a escuta qualificada e articulando intervenções que promovam o bem-estar dos pacientes e familiares, seja em abordagem individual ou em equipes multiprofissionais.

Na abordagem individual, o assistente social busca compreender a realidade social, emocional e econômica do paciente e de sua família, identificando necessidades e vulnerabilidades que podem interferir no tratamento de saúde. A partir disso, orienta e encaminha para serviços, viabilizando o acesso a direitos sociais, tendo em mente a promoção da autonomia do paciente.

Em equipe multiprofissional, o assistente social contribui para uma visão ampliada do cuidado, oferecendo uma perspectiva que considera os determinantes sociais da saúde, buscando garantir que as necessidades dos pacientes sejam atendidas em suas dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural, promovendo assim um cuidado mais humanizado e eficaz.

Uma das áreas que têm vindo a dar relevância à dimensão espiritual na saúde é os cuidados paliativos. Estes são definidos pela OMS em 2002, como:

(...) uma abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, de natureza física, psicossocial e espiritual (Carvalho & Parsons, 2012, p. 26).

Nos últimos anos, os cuidados paliativos têm vindo a ser cada vez mais discutidos por pesquisadores nacionais e internacionais. Esta evidência poderá estar associada ao aumento do número de doenças diagnosticadas como crônicas e incuráveis e a necessidade destes cuidados como forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Nesse contexto, a introdução da espiritualidade na intervenção do Serviço Social ganha ainda mais relevância quando discutimos o papel da profissão em contextos de cuidados paliativos. Cuidados Paliativos, de acordo com D'Alessandro, Pires e Forte (2020), constitui uma:

abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WHO, 2007) (WHO, 2007 citado por D'Alessandro, Pires, & Forte, 2020, p. 13).

Nesse sentido:

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos. (D'Alessandro, Pires, & Forte, 2020, p. 13).

Nos últimos anos, os cuidados paliativos têm vindo a ser cada vez mais discutidos por pesquisadores em nível nacional e internacional. Esta evidência poderá estar associada ao aumento do número de doenças diagnosticadas como crônicas e incuráveis e a necessidade destes cuidados como forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Segundo Martinelli (2007), ao trabalhar com cuidados paliativos, o assistente social utiliza dos seus conhecimentos e valores éticos, na busca da qualidade dos atos profissionais, sendo importante: (1) o sentimento partilhado, de sentir com o outro, não como o outro; (2) o espaço da escuta, tanto no diálogo, como no silêncio; (3) a dignidade no trato, a sensibilidade de perceber a condição do outro, naquele momento tão peculiar de sua vida; e (4) o reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o processo de doença e o agravamento do quadro de saúde.

Para Andrade (2015):

O papel do assistente social na equipe de atenção multidisciplinar em cuidados paliativos norteia-se pela atuação com o doente, família e rede de suporte social, com a instituição em que o serviço se encontra organizado e com as diferentes áreas atuantes da equipe (Andrade, 2015, p. 115).

Não obstante, a dimensão espiritual está incluída no conceito de saúde e de cuidados paliativos pela OMS, sendo uma ferramenta reconhecida pela literatura como um elemento primordial que auxilia os indivíduos a lidar com o estresse e trauma decorrentes do processo de doença, hospitalização e diagnóstico terminal, o assistente social parece reconhecer pouco ou menor importância a esta dimensão humana.

Entende-se que o campo de conhecimento do Serviço Social poderá ser enriquecido não prescindindo de um aprofundamento acerca da necessidade espiritual na atenção das pessoas. Nesse sentido, Callahan (2017) considera que as necessidades espirituais são complexas, assim como o processo de endereçá-las. Em resposta, os assistentes sociais em cuidados paliativos têm de ser espiritualmente sensíveis para reconhecerem, quando é necessário e facilitarem cuidados espirituais ou construir a competência espiritual como uma ferramenta a fornecer.

Neste estudo, espiritualidade refere-se a uma dimensão constitutiva do ser humano, sendo definida como uma busca de significado para o sentido da vida, em dimensões que transcendem o tangível, que elevam o coração e o sentir humano à experiência como algo maior que o existencial, podendo ou não estar relacionada a uma prática religiosa (Hermes & Lamarca, 2013).

A espiritualidade pode abranger vários significados e possuir um foco religioso ou não. É indispensável salientar que não pode ser confundido com religião, ou seja, a espiritualidade é algo mais amplo que a religião e está diretamente relacionada à condição humana e como estes procuram um significado para a sua vida (Mendonça, 2018).

Segundo Rosas-Jiménez e Díaz-Díaz (2017), a espiritualidade ajuda-nos a dar nome a experiências que a ciência não pode nomear ou explicar, que são essenciais para o ser humano. A espiritualidade compreende algumas dimensões ocultas que apenas uma visão de cuidados de saúde focalizados na pessoa humana pode salvar.

O Serviço Social integra equipe multidisciplinar desempenhando um papel crucial na identificação das necessidades não apenas dos pacientes, mas também de suas famílias. Embora todos os membros da equipe compartilhem a responsabilidade de identificar as necessidades dos pacientes e garantir que sejam atendidas, o assistente social traz uma perspectiva única trazendo uma compreensão aprofundada das dimensões sociais e familiares que influenciam o bem-estar dos envolvidos.

Na atenção profissional em cuidados paliativos, o Serviço Social não apenas avalia as condições sócio econômicas e os recursos disponíveis para o paciente e sua família, mas também oferece apoio considerando as necessidades emocionais, sociais e espirituais. Essa abordagem holística reconhece que para muitos pacientes, especialmente aqueles em fase terminal, a espiritualidade desempenha um papel fundamental no enfrentamento da doença e no processo de aceitação do fim da vida.

Nessa visão, o assistente social trabalha para articular essas dimensões no plano de cuidado, buscando garantir que as crenças e práticas espirituais dos pacientes e suas famílias sejam respeitadas e apoiadas.

No contexto português, os cuidados paliativos têm se desenvolvido como uma área que exige uma abordagem interdisciplinar e integral, no qual o Serviço Social desempenha um papel crucial. O assistente social, nesse cenário, é responsável por identificar e responder às necessidades sociais, emocionais e espirituais. Nessa lógica, segundo Frankl (2011), esses recursos são alcançados por meio do autodistanciamento e a autotranscendência, que é a capacidade de autodistanciar-se das situações exteriores. Não

obstante, os relatos sobre a abordagem a esta natureza e o interesse da autora no acolhimento dessa demanda, havia resistência por parte da categoria profissional enquanto elemento integrante no planejamento do cuidado.

Em geral, percebe-se que o Serviço Social mantém-se descartando a aproximação com este recurso, fato que dificulta a profissão a reconhecer a espiritualidade como uma dimensão humana. No entanto, pesquisadores e estudiosos no campo da saúde, como Puchalski *et al.* (2014), afirmam que a espiritualidade é um elemento essencial da humanidade. Engloba os indivíduos na procura de sentido e de finalidade; ela inclui a ligação com os outros, o eu, a natureza, e o significativo ou sagrado; e abraça o secular e filosófico.

Possivelmente, a pouca atenção dada pelo assistente social à dimensão espiritual se liga a um o medo de uma intervenção distanciada do rigor científico, conforme destaca Rosas-Jiménez e Díaz (2017), quando refere que o cuidado e atenção espiritual oferecidos aos doentes não diferem do rigor científico como alguns podem pensar. Pelo contrário, é um complemento, parte de uma abordagem holística da vida e dos valores para um melhor atendimento aos doentes (Rosas-Jiménez & Díaz-Díaz, 2017).

No cotidiano profissional, contudo, o que se percebe é que as situações de doença podem ter repercussões negativas para as pessoas em geral e seus familiares e muito mais significativamente para as que são portadoras de doenças incapacitantes, crônicas e ou irreversíveis e que necessitam de cuidados paliativos. O afastamento da pessoa doente do seu meio e de sua família pode alterar e comprometer, significativamente, a sua dinâmica existencial desencadeando sentimentos de medo e incerteza, interferindo em todo o cuidado prestado.

Deste modo, com a experiência adquirida, foi sendo percebida a ânsia de muitos doentes de ser-lhes assegurada a compreensão das necessidades espirituais que poderá promover uma intervenção no sentido de resgatar as suas potencialidades e trabalhar a sua readaptação àquela nova e dolorosa realidade. Com este recurso de enfrentamento a pessoa que assim desejar, poderá lidar com as limitações que se impuseram, reinvestindo em si mesmo e no tratamento.

Segundo Mathews (2009), o Serviço Social parece muitas vezes alheio ao debate que o rodeia. Uma discussão sobre o papel da religião ou da espiritualidade raramente aparece dentro da profissão e pode-se argumentar que existe ambivalência, mesmo hostilidade, em relação a tal compromisso.

Em uma outra esfera profissional, o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP), ao refletir sobre a relação entre psicologia, religião e espiritualidade, afirma que a espiritualidade é uma dimensão importante para o ser humano e reconhece sua relevância, destacando que o cuidado integral deve incluir o respeito às crenças e práticas espirituais, quando estas forem significativas para a pessoa (CFP, 2013). Para tanto, o CFP considera a conjuntura constitucional brasileira, sobretudo o direito à liberdade de crença e ao livre culto religioso, e como a historicidade do Brasil é construída em diálogos com expressões religiosas.

Tendo isso em vista, é necessário discorrer, nesta parte final do capítulo, sobre alguns aspectos do trabalho que pode ser realizado pelo Serviço Social em contextos de cuidado em saúde, considerando, neste caso, também a dimensão espiritual.

Ao longo deste capítulo, foram discutidos pontos relevantes sobre a atuação do Serviço Social na saúde, com ênfase especial na determinação social da doença como uma perspectiva fundamental para a intervenção profissional. A compreensão crítica das desigualdades sociais, destaca como os processos de adoecimento são diretamente influenciados por fatores estruturais, sociais e econômicos.

Desse modo, o Assistente Social, ao atuar como mediador entre as condições sociais dos usuários e o sistema de saúde, tem o papel fundamental na formulação de estratégias que promovam o bem-estar integral. Esse papel não se limita apenas ao enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, mas busca compreender o sujeito em sua totalidade, buscando garantir o acesso a cuidados que considerem as dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Nos cuidados paliativos, essa atuação se torna especialmente importante, pois os usuários, muitas vezes, além de enfrentarem problemas físicos, lidam frequentemente com questões profundas de ordem social, emocional e espiritual. Nesse contexto, o Assistente Social não atua isoladamente, mas colabora com a equipe de saúde para garantir que o sujeito seja tratado em sua totalidade. Esse papel de mediação envolve buscar a garantia de que as intervenções levem em consideração todas as necessidades do sujeito, desde o acesso a recursos materiais, e se estendendo também a fatores como o suporte emocional e espiritual.

Nessa perspectiva de abordagem integral, assumida pelo Assistente Social, a intervenção vai além de simplesmente assegurar que o sujeito tenha acesso aos tratamentos médicos necessários; ela envolve também o reconhecimento de que as condições de saúde

são influenciadas por uma série de fatores sociais, psicológicos e espirituais que precisam ser abordados de maneira coordenada.

Desse modo, o Assistente Social desempenha um papel essencial ao identificar essas necessidades de maneira ampla, utilizando a escuta ativa como ferramenta na sua intervenção para perceber as demandas que o sujeito pode não expressar diretamente, como preocupações espirituais ou os medos que surgem diante da doença e integrá-las ao plano de cuidado. A escuta ativa, segundo Oliveira (2018):

Envolve interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda do paciente. Essa prática requer concentração e energia por parte do profissional. Assim, essa modalidade de atendimento surge como ferramenta de cuidado leve, voltada para o acolhimento e à humanização da assistência em saúde (Oliveira, 2018, p. 34).

Outra ferramenta utilizada pelo Assistente Social, no contexto da atenção integral dos sujeitos e potente para identificar expressões de espiritualidade na assistência em saúde é o acolhimento. Este se torna uma etapa crucial, pois o assistente social cria um espaço seguro e de confiança, onde o sujeito pode explorar suas dúvidas e preocupações, sabendo que será ouvido sem julgamento.

Exemplos práticos mostram como essa abordagem pode ser implementada, desde a criação de espaços de diálogo para discutir questões espirituais até o apoio no acesso a práticas religiosas específicas, respeitando sempre a pluralidade de crenças.

No Brasil, acolhimento em saúde, é entendido como:

Uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2008, p. 1).

Dessa forma, ao conjugar a escuta ativa e o acolhimento, o Assistente Social é capaz de identificar de forma mais eficaz às necessidades espirituais dos sujeitos, criando oportunidades para que sejam atendidas. Um exemplo concreto dessa vivência foi observado no acompanhamento de um sujeito Y em um hospital de ensino, em que o assistente social, utilizando essas ferramentas, conseguiu perceber as inquietações espirituais do sujeito, que estavam inicialmente ocultas em falas breves sobre o “medo do que viria após a morte”.

Por meio de conversas frequentes e de uma escuta atenta, foi possível identificar que o paciente necessitava de um apoio espiritual mais concreto, algo que ele não havia expressado claramente no início do seu acompanhamento. É comum que as pessoas não apresentem tais necessidades logo de início, tendo em vista uma internalização do modelo biomédico de cuidado. Em outras palavras, elas associam promoção, prevenção e reabilitação em saúde apenas a fatores físico-biológicos, os quais serão atendidos por meio do saber médico.

A partir dessa identificação, o assistente social, em colaboração com a equipe multidisciplinar, facilitou a inclusão do serviço de capelania do hospital, que passou a acompanhar o sujeito de forma regular. Essa intervenção permitiu que a pessoa em questão tivesse o apoio espiritual necessário para lidar com suas questões existenciais e encontrar conforto em suas crenças religiosas. O assistente social, ao respeitar a pluralidade de crenças e atuar como mediador, garantiu que o sujeito fosse acolhido em sua totalidade, contemplando suas dimensões, física, emocional e espiritual.

O exemplo retromencionado ilustra como a prática do assistente social pode ser ampliada para além das questões materiais, promovendo uma intervenção que reconhece a espiritualidade como uma dimensão essencial do ser humano. Embora a espiritualidade seja uma dimensão intrínseca ao ser humano ao longo de toda a vida, é em situações de maior vulnerabilidade, como em doenças graves e degenerativas, que essa dimensão assume um papel ainda mais significativo. Sendo assim, nos cuidados paliativos, a identificação das necessidades espirituais e a criação de espaços onde essas necessidades possam ser atendidas são fundamentais para o cuidado verdadeiramente humanizado e integral.

Dessa forma, a atuação do assistente social na atenção em saúde, bem como no seguimento em cuidados paliativos, demonstra a importância de uma abordagem integral, na qual as necessidades espirituais são tratadas com a mesma seriedade e dedicação que as questões físicas e emocionais. Embora a literatura que trata especificamente de como abordar a espiritualidade seja escassa no contexto do Serviço Social, o acolhimento da demanda espiritual surge como uma prática essencial para garantir que o sujeito se sinta amparado em todas as dimensões de sua vida.

Nesse entendimento, embora o acolhimento espiritual e a escuta ativa tenham sido detectados como práticas essenciais neste exemplo, é importante ressaltar que não se trata de um modelo único. Existem outras formas igualmente válidas de abordar a espiritualidade, dependendo das circunstâncias, das características individuais e das

preferências de cada sujeito. Essa flexibilidade na abordagem é crucial para que o Serviço Social cumpra seu papel de promover um cuidado humanizado e completo, ajustando-se às especificidades de cada caso e respeitando a singularidade de cada sujeito.

Finalmente, e retomando, se a saúde é um direito, e se, por convenções internacionais, ela é entendida sob um modelo que também compreende fatores espirituais, então é necessário alinhar o trabalho do Serviço Social com uma visão que incorpore tais elementos. Nesse prisma, parece impossível entender a viabilização do direito à saúde se permanece uma compreensão puramente biológica ou fragmentada. O sujeito concreto, que se coloca diante de nós, apresenta necessidades de um cuidado que também dialoga com sua dimensão espiritual.

Capítulo 4 - Metodologia

A metodologia pode ser entendida como um caminho que envolve pensar teoricamente uma dada realidade para, em seguida, atuar sobre ela (Deslandes, Cruz Neto & Minayo, 1994). A junção entre reflexão e ação, entendida como *práxis* (Bleger, 1984), é extremamente pertinente ao exercício da ciência.

Neste trabalho, o interpretativismo é a abordagem teórica que orienta a investigação, especialmente na análise qualitativa dos dados obtidos por meio de entrevistas. Ao focar nas percepções e nas interpretações dos sujeitos sobre suas próprias experiências, essa teoria permite uma compreensão dos significados atribuídos às suas vivências.

Dando seguimento, às subseções deste capítulo abordam o desenho da pesquisa, considerando as reflexões teóricas e a descrição acerca de como a pesquisa foi conduzida.

4.1 Tipo de pesquisa

Para operacionalizar a investigação, será utilizada uma abordagem qualitativa, entendida como adequada ao estudo tendo em vista seus objetivos. Segundo Creswell e Creswell (2018), os pesquisadores que adotam esse tipo de abordagem, procuram compreender o contexto ou configuração dos participantes visitando este contexto e coleta de informações pessoalmente. Trata-se ainda de uma pesquisa descritiva que, de acordo com Gil (2002), tem o objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

O estudo será norteado pelo paradigma interpretativista, por enfatizar, de acordo com Walsham (1993), que:

A investigação parte da posição de que o nosso conhecimento da realidade, incluindo o domínio da ação humana, é uma construção social por atores humanos e que isto se aplica igualmente aos investigadores. Assim, não existe uma realidade objetiva a ser descoberta por investigadores e replicada por outros, em contraste com os pressupostos da ciência positivista. Nossas teorias sobre a realidade são formas de dar sentido ao mundo e os significados partilhados são antes uma forma de intersubjetividade do que a objetividade, (Walsham 1993, p. 10).

Perante os objetivos propostos e o paradigma norteador da pesquisa, pretende-se utilizar o método indutivo, pois o pesquisador procura não impor o seu entendimento prévio sobre a situação pesquisada.

Orlikowski e Baroudi (1991), citado em Saccol, (2009), afirmam que:

De acordo com a lógica interpretativista, o conhecimento sobre os processos sociais não pode ser construído a partir de deduções hipotéticas ou cálculos de relações entre variáveis. A compreensão dos processos sociais pressupõe um “mergulho” no mundo no qual eles são gerados. Isso envolve conhecer como as práticas e os significados são formados e informados pela linguagem e por normas tácitas compartilhadas em um determinado contexto social (Saccol, 2009 p. 14).

4.2 Caracterização das instituições *locus* da pesquisa

Este item do capítulo referente ao percurso metodológico, tem como objetivo apresentar de forma breve a organização do sistema de saúde português, que constitui o contexto no qual a investigação “A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal” foi realizada.

O sistema de saúde em Portugal² é estruturado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que oferece acesso universal e geral aos serviços de saúde para todos os cidadãos, com uma contribuição financeira dos usuários por meio das taxas moderadoras. Financiado principalmente pelo Estado, o SNS é desenhado para assegurar que a população tenha acesso aos cuidados necessários, desde os serviços básicos até atendimentos de alta complexidade. Segundo Antunes *et al.* (2020):

o sistema de saúde português assenta num modelo em que, quer o financiamento, quer a prestação de cuidados têm componentes públicas e componentes privadas. No entanto, nesses dois domínios, o componente público é mais relevante que o

² Para aprofundamento sobre a caracterização dos serviços de saúde e cuidados paliativos em Portugal consultar:

1. Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>; <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/pesquisar?Serviço>
2. Plano Nacional de Saúde 2030: <https://pns.dgs.pt/region/>
3. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <https://apcp.com.pt/>
4. Rede de Cuidados Continuados Integrados: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-69895072>
5. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em:
6. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_inst_legislacao&xlang=pt
7. Observatório das Desigualdades. Disponível em: <https://isociologia.up.pt/observatorio-das-desigualdades>
8. Relatórios do Eurostat. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat?etrans=pt>

privado. A base fundamental do sistema de saúde português é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979. Ele é financiado majoritariamente por impostos e abrange todos os residentes, tendo cobertura universal e tendencialmente gratuita. Paralelamente, existem os denominados subsistemas de saúde, que são esquemas de seguros de saúde de base ocupacional (como, por exemplo, a ADSE para os funcionários públicos) e os seguros privados. Estima-se que cerca de 25% da população esteja coberta por um ou mais esquemas de seguros de saúde, para além da cobertura do SNS (Antunes *et al.*, 2020, p. 3).

No território continental, o SNS é organizado e administrado pelo governo central.

Segundo Baganha (n. d.):

A sua organização é descentralizada, sendo dominada pelas Regiões de Saúde, que estabelecem o contato entre o nível local e o Ministério da Saúde. Em Portugal existem cinco Regiões de Saúde, Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora, e Algarve com sede em Faro. (Baganha, n. d., p. 10).

Nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores, o sistema de saúde, embora integrado ao SNS, possui uma organização própria, gerida pelos respectivos governos regionais. Essa autonomia permite que as regiões insulares administrem seus próprios recursos de saúde e adaptem os serviços às particularidades de sua geografia e população. Na Figura 1, a seguir, é possível ver um mapa que ilustra a organização do SNS em Portugal.



Figura 1.1 - Mapa Político de Portugal: Divisões Oficiais do País³

Dentro dessa estrutura geral do SNS, os cuidados paliativos ocupam um espaço essencial, com o objetivo de oferecer uma rede de apoio integral e humanizada aos pacientes e familiares. Assim como outras especialidades, os cuidados paliativos também são organizados regionalmente, mas com uma especificidade: eles abrangem tanto as unidades hospitalares quanto serviços de cuidados continuados integrados e equipes de suporte domiciliário.

³ Fonte: <https://www.nacionalidadeportuguesa.com.br/mapa-de-portugal/>

Nas unidades hospitalares, o foco é o atendimento especializado para pacientes internados, oferecendo controle de sintomas e suporte contínuo. As unidades de cuidados continuados integrados, por outro lado, fornecem um ambiente intermediário entre o hospital e o domicílio, ideal para pacientes que necessitam de cuidados prolongados, mas não precisam de um ambiente hospitalar.

Nesta investigação, serão caracterizados hospitais de diferentes regiões de Portugal e das regiões autónomas da Madeira e Açores, abordando a organização e oferta de cuidados paliativos em cada contexto. Essa caracterização permitirá uma compreensão de como o SNS, por meio das suas estruturas regionais, se adapta para responder à demanda por cuidados paliativos em distintas localidades, assegurando um cuidado contínuo e digno para os pacientes e suas famílias em todo o país.

Nesse entendimento, para a presente investigação foram selecionadas instituições hospitalares representativas de diferentes regiões de Portugal, abrangendo o Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Desse modo, a caracterização dessas instituições será feita sem a identificação explícita dos hospitais, preservando a confidencialidade das informações. Cada instituição será descrita conforme a organização dos cuidados paliativos em sua região, abordando aspectos como estrutura física, recursos humanos e o papel que desempenha no apoio a pacientes em fase avançada de doenças.

4.2.1 Região Norte

Na região Norte, o hospital considerado para a investigação localiza-se em um grande centro urbano, e é amplamente reconhecido como referência em oncologia e cuidados paliativos. Como uma instituição pública especializada, atende pacientes em fases avançadas de doenças, oferecendo desde tratamentos oncológicos intensivos até suporte integral em cuidados paliativos. Sua estrutura inclui unidades de medicina interna, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia e uma ala dedicada a cuidados paliativos, onde os pacientes recebem acompanhamento contínuo em um ambiente voltado para o conforto e a dignidade.

A equipe é multiprofissional, sendo fundamental para o cuidado integral incluindo médicos oncologistas, assistentes sociais, enfermeiros especializados, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde. Além disso, o hospital conta com uma equipe de apoio que desempenha um papel essencial no cuidado diário dos

pacientes, como profissionais de serviços administrativos, limpeza, alimentação e manutenção. Estes profissionais garantem que o ambiente seja seguro, acolhedor e organizado, possibilitando que a atenção em saúde seja adequada.

Nesse cenário de saúde, estão disponíveis tecnologias avançadas, como sistemas de imagem para diagnóstico e aceleradores lineares para radioterapia. Nos cuidados paliativos, utilizam equipamentos específicos para controle da dor e monitoramento de sinais vitais, garantindo um cuidado humanizado.

No entanto, apesar de sua importância e dos esforços da equipe, o sistema de saúde na região Norte enfrenta desafios significativos, refletindo limitações estruturais e de recurso que afetam o atendimento. Como em outras áreas de Portugal, o hospital lida frequentemente com sobrecarga de pacientes e a insuficiência de pessoal, pode impactar na capacidade de resposta, especialmente em cuidados paliativos, onde a demanda por uma atenção contínua e humanizada é essencial.

Deste modo, a falta de profissionais qualificados em algumas especialidades, as limitações orçamentárias e a alta rotatividade de pessoal também representam barreiras ao funcionamento com mais qualidade e eficiência. Ademais, as dificuldades em integrar serviços de cuidados paliativos a nível domiciliar ou comunitário, devido a escassez de recursos e a distância geográfica em algumas áreas, limita o alcance e a continuidade do atendimento para pacientes que não podem permanecer internados.

Essas questões evidenciam a necessidade de reforçar políticas de apoio e investimento na cobertura da atenção em cuidados paliativos, tanto para melhorar as condições de trabalho das equipes como ampliar o acesso e a qualidade do atendimento ofertado.

Os serviços de saúde dessa região apresentam uma organização integrada que busca atender às necessidades da população por meio de cuidados primários, hospitalares e especializados. No entanto, há desafios críticos relacionados à acessibilidade e à equidade na oferta dos serviços, especialmente em áreas mais afastadas.

Nessa percepção, embora a rede hospitalar e os cuidados paliativos sejam estruturados para cobrir diferentes níveis de complexidade, as dificuldades em garantir a distribuição equitativa dos recursos de saúde, sejam humanos, materiais ou tecnológicos, afetam o alcance e a qualidade dos serviços oferecidos.

Outro desafio relevante para o sistema de saúde é a sobrecarga de trabalho nas equipes de atenção paliativa, pois, com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, a demanda por cuidados cresce, mas nem sempre os recursos humanos e

materiais acompanham essa necessidade. Isso pode resultar em tempos de espera mais longos e na necessidade de priorizar casos, o que limita a abrangência do serviço e, por vezes, impacta negativamente a qualidade do cuidado oferecido.

Nesse sentido, é importante destacar que existe uma lacuna em termos de sensibilização e formação em cuidados paliativos para os profissionais de saúde, especialmente no nível de atenção primária. Muitos profissionais fora dos núcleos de especialização não têm formação específica na atenção paliativa, o que pode afetar a continuidade do cuidado.

4.2.2 Região de Lisboa e Vale do Tejo

Sendo uma das mais densamente povoadas de Portugal, essa região caracteriza-se por uma rede de saúde diversificada que busca atender às complexas demandas da população. Com uma estrutura que abrange diferentes níveis de atenção, possui desde os cuidados primários até os serviços hospitalares de alta complexidade, compondo um sistema que busca integrar diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse contexto, os cuidados paliativos integram a oferta de serviços como uma resposta às necessidades de pacientes que enfrentam doenças crônicas e graves, muitas vezes associadas a longos períodos de sofrimento. A transição para essa abordagem no sistema de saúde visa não apenas o alívio de sintomas, mas também a promoção da qualidade de vida, alinhando-se a oferta de cuidado integral e humanizado.

Apesar da região contar com hospitais de grande porte que oferecem cuidados paliativos como parte dos serviços especializados, observa-se uma desigualdade no acesso a esses cuidados, situação que é comum nas demais regiões de Portugal. Além disso, a incorporação da dimensão espiritual, nos cuidados paliativos, embora reconhecida como essencial, ainda é tratada de forma desigual nas instituições de saúde do país. Essa lacuna evidencia a necessidade de que haja a formalização e sistematização dos serviços de suporte espiritual, alinhando-se às diretrizes internacionais de cuidados paliativos.

Igualmente a outras regiões de saúde de Portugal, a região de Lisboa, apesar de ser um centro de referência em saúde, também enfrenta o desafio de garantir que os cuidados paliativos sejam acessíveis de forma equitativa em todo o território.

4.2.3 Região Alentejo

A região do Alentejo é marcada pela sua baixa densidade populacional, no qual as zonas rurais, aliada a um perfil demográfico envelhecido, enfrenta desafios significativos na prestação de serviços de saúde. Essas dificuldades refletem tanto as características próprias da região quanto às fragilidades estruturais do sistema de saúde em Portugal.

Um dos principais desafios do Alentejo, é a baixa assistência especializada, particularmente em cuidados de alta complexidade e cuidados paliativos. A dispersão geográfica da população agrava a situação, uma vez que muitas localidades têm dificuldades em acessar hospitais centrais ou serviços especializados, forçando deslocamentos longos, muitas vezes inviáveis para pacientes com condições mais graves ou limitados pela idade.

Além disso, a carência de recursos humanos é uma das fragilidades mais notórias. A dificuldade em fixar médicos e enfermeiros e outros profissionais especializados na região compromete a continuidade e a qualidade do atendimento, especialmente em serviços que exigem equipes multidisciplinares, como em cuidados paliativos.

O envelhecimento da população no Alentejo, combinado com o êxodo de jovens para áreas urbanas, resulta em uma maior demanda por cuidados crônicos e paliativos, que muitas vezes não conseguem ser atendidos adequadamente. Essa combinação de fatores socioeconômicos, geográficos e estruturais contribui para uma assistência fragmentada, expondo fragilidades no alcance e na equidade dos serviços de saúde da região.

Nessa perspectiva, é notória a necessidade de políticas públicas que invistam na melhoria da infraestrutura de saúde e redistribuição de recursos e capacitação de equipes de saúde, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados, independentemente da localização geográfica.

4.2.4 Região Algarve

O Algarve, situado no extremo sul de Portugal, é uma região predominantemente litorânea, amplamente reconhecida por sua relevância no setor turístico, pela concentração populacional em áreas costeiras. A configuração geográfica de região, com vastas áreas litorâneas densamente povoadas e localidades do interior mais isoladas, cria desigualdades no acesso a serviços essenciais, incluindo os de saúde. Enquanto as zonas costeiras concentram a maioria das infraestruturas e serviços, as áreas interiores enfrentam desafios

relacionados à distância e à falta de transporte adequado para acessar cuidados especializados.

As características demográficas também ampliam as dificuldades na prestação de serviços de saúde. O Algarve possui uma população envelhecida crescente, composta tanto por residentes nacionais como por estrangeiros aposentados que se instalam na região, aumentando a demanda por cuidados crônicos e paliativos. Essa pressão é agravada por um fluxo migratório sazonal de turistas durante o verão, que multiplica a população residente e sobrecarrega os serviços disponíveis, especialmente nas unidades de urgência.

4.2.5 Região Autónoma da Madeira

A Região Autónoma da Madeira, localizada no Oceano Atlântico Norte, constitui uma das duas regiões autónomas de Portugal, juntamente com os Açores. O arquipélago é composto por duas ilhas habitadas - Madeira e Porto Santo - e um conjunto de ilhas desabitadas - as ilhas Desertas e as ilhas Selvagens -, que desempenham um papel fundamental na preservação ambiental.

A Madeira, a maior ilha do arquipélago, concentra a maior parte da população e dos serviços, sendo o principal centro administrativo, económico e de saúde da região. A cidade do Funchal, capital do arquipélago, abriga os principais equipamentos de saúde, concluindo o hospital central, unidades de cuidados continuados, centros de saúde e serviços especializados. A rede de serviços de saúde na Madeira é composta por um sistema integrado que combina o Serviço Regional de Saúde (SESARAM), que é público, e parcerias com instituições privadas, garantindo uma resposta abrangente às necessidades da população.

A ilha de Porto Santo, embora menos populosa, possui uma infraestrutura de saúde adequada, com um hospital e centros de apoio que prestam assistência à comunidade e asseguram o transporte de pacientes para a Madeira, quando necessário, por meio de transferências médicas.

As Ilhas Desertas (Ilhéu Chão, Deserta Grande e Bugio) e as Ilhas Selvagens (Selvagem Grande, Selvagem Pequena e Ilhéu de Fora) são territórios desabitados, reconhecidos como reservas naturais. Essas ilhas abrigam ecossistemas únicos e espécies protegidas.

4.3 Procedimento para coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista, especificamente, semiestruturadas. Segundo Fortin (1996, p. 245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e o participante com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Desse modo, a técnica de entrevista foi escolhida por permitir a obtenção de informações detalhadas, enquanto oferece flexibilidade para que os participantes expressem suas percepções e experiências de forma livre, além de possibilitar ao pesquisador explorar temas emergentes durante o diálogo.

O instrumento foi desenvolvido com base no objetivo central da pesquisa, buscando captar como os assistentes sociais percebem e lidam com a dimensão espiritual no contexto dos cuidados paliativos. O roteiro da entrevista semiestruturada incluía perguntas abertas que abordavam temas específicos relacionados ao objeto de estudo, mas também permitiam adaptações conforme as respostas dos participantes e a dinâmica de cada entrevista.

4.4 Universo da Pesquisa

O universo da pesquisa foi composto por assistentes sociais que integravam equipes de saúde em cuidados paliativos nos hospitais públicos do SNS, localizados tanto no território continental de Portugal quanto na região autónoma da Madeira. Foram entrevistados 02 (dois) assistentes sociais por região, abrangendo as 05 (cinco) regiões de saúde do continente, são elas: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e a região autónoma da Madeira.

Embora tenha sido estabelecido o contato com a região autónoma dos Açores, não foi possível incluir assistentes sociais dessa localidade na pesquisa. As justificativas apresentadas pelos profissionais consultados incluíram questões relacionadas à carga de trabalho e, em alguns casos, a percepção de falta de familiaridade com o tema abordado. Esse fator limitou a inclusão de participantes dos Açores, mas não comprometeu a análise do universo geral, que permaneceu abrangente e representativo das realidades das diferentes regiões de saúde.

4.4.1 Critérios de inclusão das Instituições de Saúde

As instituições de saúde pública selecionadas para a pesquisa foram definidas com base em critérios que garantissem sua relevância para análise da dimensão espiritual enquanto direito humano no contexto dos cuidados paliativos. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de forma a assegurar que as instituições proporcionam condições para explorar como essa dimensão é percebida e se integra a prática do assistente social.

Os critérios utilizados foram:

- Pertencimento ao SNS: a pesquisa focou em instituições públicas que integram o SNS, considerando que esse sistema reflete as políticas nacionais e a estrutura geral dos serviços de saúde, incluindo a organização dos cuidados paliativos.
- Oferecimento de cuidados paliativos: foram incluídas instituições que ofereciam cuidados paliativos, uma vez que esses cuidados abordam múltiplas dimensões do sofrimento humano, incluindo a dimensão espiritual. Essa característica garantiu a pertinência das instituições para o tema da pesquisa.
- Possibilidade de análise da dimensão espiritual: as instituições deveriam permitir o acesso a assistentes sociais que atuassem diretamente com pacientes em cuidados paliativos, possibilitando a análise de como a dimensão espiritual é abordada no dia a dia desses profissionais.
- Representatividade geográfica: a seleção contemplou instituições das 05 (cinco) regiões de saúde do continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e da região autónoma da Madeira. Essa distribuição buscou captar as particularidades regionais na prática dos cuidados paliativos e na integração da dimensão espiritual nos serviços de saúde.
- Viabilidade de contato e adesão à pesquisa: foram consideradas as instituições em que os assistentes sociais estivessem disponíveis e dispostos a participar da pesquisa, sendo critério essencial para garantir a coleta de dados. No caso da região autónoma dos Açores, apesar dos contatos realizados, não foi possível obter adesão dos profissionais, e as instituições dessa região não foram incluídas.

4.4.2 Critérios de inclusão dos(s) Assistentes Sociais

A inclusão dos(s) assistentes sociais participantes desta pesquisa foi fundamentada em critérios que garantem a relevância de sua atuação no contexto investigado. Para atender aos objetivos do estudo, foram estabelecidos dois critérios principais de inclusão:

- Vinculação a hospitais públicos do SNS: apenas assistentes sociais atuantes em hospitais públicos do SNS foram selecionados, assegurando que os dados coletados refletissem práticas desenvolvidas no âmbito do sistema público de saúde em Portugal.
- A atuação em equipes de cuidados paliativos: os profissionais selecionados deveriam integrar equipes multidisciplinares voltadas para os cuidados paliativos, desempenhando funções que os colocassem em contato direto com pacientes atendidos por esse modelo de cuidado.

Esses critérios de inclusão foram definidos de forma a garantir que os participantes possuíam vivência prática no contexto hospitalar público e em cuidados paliativos, proporcionando uma base sólida para explorar a possível inserção da dimensão espiritual no exercício profissional. Essa delimitação assegurou que as informações coletadas fossem diretamente pertinentes ao foco da pesquisa, permitindo uma análise consistente e representativa das práticas dos assistentes sociais nesse campo.

4.4.3 Perfil Sociodemográfico dos Participantes e Implicações na Prática Profissional

Esta pesquisa contou com a participação de 12 (doze) assistentes sociais atuantes em cuidados paliativos, distribuídos por 05 (cinco) regiões de Portugal continental e da região autónoma da Madeira. Na região dos Açores, embora tenha havido contato com profissionais da área, a participação na pesquisa não foi possível. As justificativas apresentadas apontaram para desafios e fragilidades no desenvolvimento e estruturação dos cuidados paliativos, refletindo a necessidade de maior consolidação dessa área no sistema de saúde local.

Neste seguimento, cada região teve a colaboração de 02 (dois) profissionais, sendo dez participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino. Em relação à formação acadêmica, os dos 12 (doze) participantes possuem graduação em Serviço Social. Dentre eles, 06 (seis) possuem especialização, sendo 05 (cinco) em cuidados paliativos, e 04 (quatro) possuem mestrado. Além disso, 03 (três) participantes possuem formação

complementar em outras áreas, enquanto 09 (nove) se dedicaram exclusivamente à área de Serviço Social.

As análises dos dados sociodemográficos revelam que, embora 05 (cinco) participantes tenham formação especializada em cuidados paliativos, a percepção geral dos entrevistados aponta para fragilidade na capacitação específica voltada à dimensão espiritual e à integralidade do cuidado. Essa aparente contradição sugere que, apesar de avanços na formação acadêmica, as lacunas permanecem, especialmente no que se refere à abordagem interdisciplinar e à inserção da espiritualidade na prática profissional.

Esse cenário reflete uma realidade complexa, isto é, a especialização técnica não necessariamente garante uma atuação que contemple as diversas dimensões do cuidado integral. A falta de normas institucionais claras, diretrizes específicas e capacitação contínua contribui para a percepção de insuficiência formativa, mesmo entre aqueles que possuem qualificações avançadas. Assim, ainda que os profissionais tenham formação em cuidados paliativos enfrentam desafios na implementação de práticas que integrem a dimensão espiritual no cuidado.

Além disso, os dados evidenciam que a experiência profissional dos participantes varia significativamente. O tempo de atuação em cuidados paliativos oscila entre um e dez anos, com maior concentração entre profissionais com quatro e dez anos de experiência. Esse aspecto reforça a necessidade de formação continuada e de políticas públicas que estimulem a capacitação permanente, a fim de consolidar a prática da espiritualidade como parte integrante dos cuidados paliativos.

Dessa forma, os dados sociodemográficos não apenas traçam o perfil dos participantes, mas também refletem desafios estruturais que permeiam o campo dos cuidados paliativos em Portugal.

Portanto, a pesquisa sugere que, para o Serviço Social atue de maneira efetiva nesse contexto, é fundamental investir não apenas na formação inicial, mas na criação de normativas e capacitações que acompanhem as demandas emergentes do campo, garantindo que a espiritualidade seja abordada de forma consistente e sistemática na prática profissional.

4.5 Análise de dados

A análise dos dados desta pesquisa fundamentou-se na abordagem qualitativa, adequada para compreender fenômenos complexos e subjetivos, como a percepção dos assistentes sociais sobre a dimensão espiritual no contexto dos cuidados paliativos.

Conforme Minayo (2001):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001, p. 21).

Para organizar e interpretar os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas, foi utilizado o software IRAMUTEQ⁴ (Interface de R pour les analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O IRAMUTEQ é uma ferramenta especializada na análise de textos e dados qualitativos, utilizada em pesquisas sociais e de saúde. Sua principal função é processar grandes volumes de textos, como transcrições de entrevistas, e identificar padrões, conexões entre palavras e categorias temáticas no discurso (Camargo, 2013).

O funcionamento do IRAMUTEQ baseia-se no ambiente R, que é um sistema de computação estatística e gráficos. Em termos simples, o R atua como base tecnológica que possibilita ao IRAMUTEQ realizar cálculos e organizar os dados textuais. No entanto, o uso do *software* não exige conhecimentos técnicos sobre programação, pois ele já está configurado para executar essas funções automaticamente (Camargo, 2013).

Uma das técnicas oferecidas pelo IRAMUTEQ é a análise de coocorrência, que identifica palavras que aparecem frequentemente juntas em um mesmo contexto textual, como frases, parágrafos ou respostas de entrevistas. Essa análise é valiosa porque revela as conexões mais fortes entre termos, ajudando a entender como os participantes estruturam seus discursos e quais ideias ou temas estão interligados.

Além disso, o IRAMUTEQ possibilita outras análises como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que agrupa trechos de texto em categorias temáticas baseadas na frequência e nos padrões de coocorrência, e a análise de Similitude, a qual

⁴ Para consulta sobre IRAMUTEQ: Camargo, Brígido Vizeu, & Justo, Ana Maria. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

mostra as palavras centrais do discurso e suas relações com outras. Essas ferramentas permitem uma exploração detalhada e visual dos dados, como a geração de nuvens de palavras que destacam os termos mais frequentes no *corpus*.

A utilização do IRAMUTEQ foi essencial para sistematizar e interpretar os dados qualitativos de maneira rigorosa e estruturada, garantindo que as informações extraídas fossem representativas das percepções dos (a) assistentes sociais sobre a dimensão espiritual nos cuidados paliativos.

4.6 Aspectos éticos

Todas as entrevistas foram conduzidas de forma individual, com o auxílio de um roteiro previamente elaborado. Para maior transparência, o roteiro da entrevista semi estruturada utilizado na pesquisa encontra-se disponível no Apêndice C, permitindo a consulta detalhada de suas questões.

Dessa forma, cada entrevista foi iniciada com uma breve apresentação pessoal, em que me identifiquei enquanto pesquisadora responsável pelo estudo, explicando o propósito da entrevista e o contexto da investigação. A apresentação também incluiu a exposição do título da pesquisa, “ A Dimensão Espiritual enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal”, e uma explicação sucinta dos objetivos principais, que buscavam compreender como a dimensão espiritual é abordada na prática dos assistentes sociais em cuidados paliativos.

Foram reforçadas as garantias éticas, como o anonimato dos participantes, a confidencialidade dos dados coletados e o direito de desistência a qualquer momento, conforme os princípios do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível para consulta no Apêndice A. Somente após a confirmação do consentimento verbal e assinatura do termo de consentimento, a entrevista foi iniciada, seguindo as perguntas previstas no roteiro semiestruturado.

Além do TCLE, também foi elaborado um Termo de Autorização Para Uso de Imagens e Som de Voz, conforme consta no Apêndice B, considerando que as entrevistas foram gravadas para fins exclusivos de análise científica. Esse termo assegurou que os participantes estavam cientes que suas vozes seriam registradas e utilizadas apenas no âmbito da pesquisa, respeitando todas as normativas éticas e legais aplicáveis. A assinatura deste termo foi pré-requisito para o início da gravação das entrevistas.

É importante ressaltar, que as entrevistas foram realizadas em um ambiente propício para a partilha de informações e foram conduzidas tanto presencialmente quanto por videoconferências dependendo da disponibilidade dos participantes e das circunstâncias logísticas. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com prévia autorização dos participantes para posterior transcrição e análise qualitativa.

Capítulo 5 - Análise da percepção dos assistentes sociais da atenção paliativa em Portugal, inerente a dimensão espiritual enquanto direito humano

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam nos cuidados paliativos em Portugal, com foco na dimensão espiritual enquanto direito humano.

Para apoiar a sistematização e análise do material empírico, foi utilizado o software IRAMUTEQ, que possibilitou identificar regularidades e temas recorrentes nas falas dos participantes. A investigação procurou compreender de que forma essa dimensão é percebida, considerada e integrada na atuação profissional no contexto dos cuidados prestados a pessoas que vivem com doenças graves, progressivas e potencialmente limitantes da vida.

Ainda que os cuidados paliativos envolvam situações de possível terminalidade, eles se estendem também à promoção da qualidade de vida e do bem-estar, valorizando o cuidado integral e a escuta às múltiplas dimensões do sujeito, entre elas a espiritual.

5.1 Nuvem de palavras e análise das frequências no *corpus*

A nuvem de palavras apresentada na figura 2 foi gerada pelo software IRAMUTEQ, a partir do corpus textual composto pelas entrevistas realizadas com assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em hospitais públicos em Portugal. Essa técnica permite visualizar, de forma gráfica, as palavras mais frequentes no conjunto dos dados.

Os termos aparecem em tamanhos proporcionais à sua frequência, sendo que os maiores e mais centralizados indicam maior recorrência nas falas dos participantes.

Essa representação inicial não apenas oferece um panorama dos temas predominantes no discurso dos assistentes sociais, mas também orienta a etapa seguinte da análise, que busca interpretar essas ocorrências à luz das experiências relatadas e dos referenciais teóricos que sustentam esta investigação.

A partir dessas palavras mais recorrentes, serão analisadas, a seguir, falas dos participantes que ilustram essas preocupações e abrem espaço para reflexões teóricas e críticas.

Sendo assim, tem início a análise das entrevistas começando pela fala do participante 2, cuja experiência evidencia a importância do trabalho coletivo e da comunicação entre os profissionais no cuidado integral. Conforme destacou: *“A equipe deveria ter mais espaço de encontro para discutir os casos dos pacientes. Muitas vezes sentimos que cada um está trabalhando isoladamente. Isso impede que todas as dimensões dos pacientes sejam realmente atendidas”*.

Desse modo, a fala em tela reforça que a ausência de espaços de encontro entre os profissionais compromete a atenção integral, pois impede que todas as dimensões dos usuários sejam consideradas.

A preocupação em questão é coerente com a reflexão de Cecílio e Merhy (2003), que apontam que a construção do cuidado em saúde não é linear, mas resulta de uma complexa rede de atos, saberes, rotinas e fluxos que se entrelaçam em processos de complementaridade, mas também de disputas. É dessa dinâmica, segundo o autor, entre as práticas cotidianas dos trabalhadores que emergem diferentes formas de cuidado, cuja qualidade e abrangência estão diretamente ligadas ao grau de articulação entre os diversos atores envolvidos.

O termo equipe destacada na nuvem de palavras reflete ainda a importância do trabalho multiprofissional nos cuidados paliativos, evidenciando a necessidade de um cuidado que reconheça a multidimensionalidade do ser humano. De modo semelhante, Brandão (2020), ao discutir a integralidade da assistência no sistema de saúde brasileiro, ressalta que essa abordagem busca compreender a pessoa como um todo, reconhecendo suas dimensões, física, social, emocional, mental, espiritual e cultural.

Nos cuidados paliativos, a pessoa não é apenas um corpo biológico, mas um ser humano pleno, cuja dignidade e subjetividade devem ser respeitadas. Essa visão dialoga diretamente com a abordagem de Viktor Frankl (2016), a qual destaca que o ser humano, mesmo em sofrimento, busca sentido e propósito, sendo essa uma das suas necessidades mais profundas. O autor argumenta que reconhecer o valor da pessoa humana é essencial para oferecer um cuidado que vai além do físico e alcance a dimensão espiritual e existencial.

Dando continuidade à reflexão trazida por Viktor Frankl (2016) sobre a totalidade do ser do ser humano, a fala do participante 7 amplia esses olhar ao afirmar: *“Tratar o paciente como uma pessoa significa enxergá-lo em todas as suas dimensões. Não apenas naquilo que ele precisa fisicamente, mas também no que sente, acredita e deseja”*.

Essa percepção ressalta uma concepção de cuidado que ultrapassa o modelo biomédico tradicional, centrando-se na integralidade e no reconhecimento da subjetividade do paciente. Tal perspectiva se articula com a análise de Toniol (2017), ao estudar documentos da OMS e evidenciar que, desde meados da década de 1980, a espiritualidade passou a ser considerada elemento essencial para a definição do conceito de saúde.

Toniol (2017) revela que essa dimensão, historicamente marginalizada nos sistemas de saúde ocidentais, vem sendo resgatada como componente fundamental para oferecer suporte no enfrentamento de situações desafiadoras do processo saúde-doença, contribuindo para uma abordagem mais integral e sensível às necessidades humanas.

Os profissionais frequentemente associam a palavra “pessoa” à necessidade de escutar e respeitar as singularidades de cada paciente. Isso inclui não apenas atender as necessidades físicas, mas também estar atento às dimensões subjetivas, como crenças e valores que sustentam a pessoa diante do sofrimento. Por exemplo, a atenção integral implica identificar não apenas o que o paciente verbaliza, mas também suas necessidades implícitas, como a busca por conforto emocional e espiritual.

Essa abordagem está alinhada com os argumentos de Koenig (2002), que afirma que a espiritualidade é uma parte inseparável da pessoa humana, e que ignorar essa dimensão no cuidado pode comprometer a qualidade do atendimento. Corroborando com este pensamento, Frankl (2016) sinaliza que a dimensão espiritual é um aspecto essencial para que as pessoas encontrem sentido, mesmo em momentos de sofrimento, complementando a ideia de um cuidado verdadeiramente integral.

Um dos participantes entrevistados, (participante 7) destacou: *“Tratar o paciente como uma pessoa significa enxergá-lo em todas as suas dimensões, não apenas naquilo que ele precisa fisicamente, mas também no que ele sente, acredita e deseja”*.

A presença das palavras “trabalhar” “dimensão” e “espiritualidade”, também presentes na nuvem de palavras, revela uma conexão significativa no discurso dos assistentes sociais, que frequentemente relacionam o esforço profissional com a necessidade de abordar diferentes dimensões do cuidado, incluindo a espiritualidade.

No entanto, essa relação também aponta para uma possível fragilidade na inclusão prática da espiritualidade no cotidiano profissional, em razão de diversas condições institucionais. Entre as condições destacadas nas entrevistas, foi enfatizada a falta de capacitação específica para lidar com a dimensão espiritual. Muitos profissionais relataram que não recebem a formação adequada para abordar temas espirituais de maneira prática e sensível, o que dificulta a integração desse aspecto no cuidado.

É também importante destacar questões como a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de profissionais disponíveis nas equipes. Estes foram fatores mencionados que limitam o tempo e os recursos necessários para atender plenamente às necessidades dos pacientes, incluindo aquelas relacionadas à espiritualidade. Por exemplo, em um dos discursos analisados um participante afirmou: *“Trabalhar a dimensão espiritual é importante , mas muitas vezes acabamos focando nas urgências sociais e não conseguimos aprofundar essa parte do cuidado”*.

Outro entrevistado (participante 9) trouxe uma perspectiva similar destacando os desafios institucionais: *“Reconhecemos que o cuidado precisa ser integral, mas, na prática, é difícil quando não temos formação específica para abordar a espiritualidade e ainda lidamos com uma equipe reduzida”*.

Outros desafios incluem a ausência de diretrizes institucionais claras sobre como incorporar a espiritualidade nos cuidados paliativos e a falta de espaços interdisciplinares para discutir e planejar ações voltadas para essa dimensão. Assim, mesmo que os assistentes sociais reconheçam a importância da espiritualidade no cuidado integral, esses fatores estruturais restringem a prática.

Além disso, Toniol (2017) propõe que a espiritualidade seja vista como uma política pública transversal, que permeia diferentes níveis de atenção em saúde. Nos cuidados paliativos, essa proposta é particularmente relevante, pois reconhece a espiritualidade como uma necessidade fundamental dos pacientes, que deve ser atendida com a mesma seriedade da que é prestada a outras dimensões do ser humano. Essa ideia encontra respaldo nas teorias de Koenig (2002) e Frankl (2016), que reforçam a espiritualidade como um componente essencial para promover o conforto, sentido e dignidade nos momentos de sofrimento.

A inclusão da espiritualidade como uma política de saúde, conforme argumentado por Toniol (2017), ressalta a importância de institucionalizar essa dimensão no cuidado, garantindo sua integração em todos os níveis do sistema de saúde. Toniol propõe que a

espiritualidade seja abordada não apenas como um elemento individual, mas como uma prática transversal que perpassa as políticas e estratégias de saúde pública. Ele defende que reconhecer a espiritualidade, dessa forma, fortalece a capacidade das equipes multiprofissionais de atender às necessidades mais profundas dos pacientes, especialmente em cuidados paliativos.

Os participantes desta pesquisa também contribuíram com perspectivas que reforçam a relevância dessa abordagem. Eles destacaram a importância da espiritualidade no cuidado integral, mencionando sua presença como uma necessidade sentida pelos pacientes, mas também apontaram desafios, como a ausência de formação específica e de diretrizes claras para trabalhar essa dimensão.

Um das contribuições mais significativas dos participantes foi a percepção de que a espiritualidade não deve ser tratada de forma isolada, mas como parte integrante de um cuidado humanizado e centrado na pessoa.

A palavra “cuidado” também aparece na nuvem de palavras associada ao trabalho em equipe, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para garantir que todas as dimensões da pessoa sejam atendidas. Toniol (2017) reforça que o cuidado deve ser entendido como uma prática coletiva e interdisciplinar que depende da articulação entre diferentes saberes e da criação de políticas institucionais que fortaleçam a inclusão de dimensões como a espiritualidade no atendimento. Um dos participantes da pesquisa (participante 6) ponderou: *“o tempo e a estrutura não são adequados, incluindo a formação, para oferecer o cuidado que queremos dar. Acabamos focando no que está mais aparente e deixamos de fora outros aspectos”*.

A palavra “cuidado” na nuvem de palavras reafirma seu papel essencial nos cuidados paliativos, refletindo um compromisso com a integralidade, a dignidade e o respeito à pessoa humana. Contudo, a efetivação desse cuidado exige não apenas a sensibilidade dos profissionais, mas também investimentos em políticas públicas, formação e condições institucionais que garantam que todas as dimensões do paciente sejam atendidas de maneira integrada e humanizada.

É importante ressaltar que apesar das contribuições de grande validade destacadas, a nuvem de palavras reflete aspectos essenciais da prática do assistente social inserido nas equipes de cuidados paliativos. Palavras como, doente, equipe, pessoa, trabalhar, dimensão, espiritualidade e cuidado reforçam o compromisso desses profissionais com uma abordagem humanizada e integral. Contudo, as ausências também oferecem dados

importantes, indicando possíveis lacunas ou desafios enfrentados no exercício dessa prática.

Algumas palavras que são essenciais para os cuidados paliativos, como família, que aparece em baixa frequência e autonomia e dignidade que não foram encontradas na nuvem de palavras, exigem uma análise mais detalhada. A ausência explícita ou a baixa visibilidade dessas palavras levanta reflexões importantes sobre como esses conceitos fundamentais estão sendo incorporados ou possivelmente, negligenciados no discurso dos assistentes sociais.

Essa lacuna pode refletir desafios institucionais, como sobrecarga de trabalho, limitação na formação ou mesmo a falta de espaços para a articulação dessas dimensões no cotidiano das equipes multiprofissionais.

5.2 Análise das classes geradas pela classificação hierárquica descendente

A estrutura das classes obtidas a partir da Classificação Hierárquica Descendente está representada na Figura 3, por meio de um dendograma gerado pelo software IRAMUTEQ. Esse gráfico ilustra a organização dos segmentos textuais em temáticas, revelando os agrupamentos formados a partir das ocorrências no corpus analisado.

A CHD permitiu identificar padrões discursivos recorrentes entre os participantes, agrupando conteúdos similares em diferentes classes. Cada uma dessas classes reflete dimensões específicas da percepção dos assistentes sociais sobre espiritualidade como um direito humano no contexto dos cuidados paliativos. Assim, por meio dessa técnica, torna-se possível uma análise mais aprofundada dos sentidos atribuídos pelos profissionais à sua prática, as dificuldades enfrentadas e aos aspectos éticos, humanos e institucionais que permeiam seu cotidiano de trabalho.

A seguir, cada classe será analisada individualmente, articulando-se a reflexão crítica com os objetivos do estudo e com os referenciais teóricos que sustentam a pesquisa.

A Classe 1, intitulada Dimensões Éticas e Humanas na Prática em Cuidados Paliativos, abrangeu aproximadamente 28% do corpus analisado. As palavras mais recorrentes nesta classe: dimensão, área, como, conflito, humano, dever, dizer, pensar, direito e trabalhar. Essa classe revela preocupações fundamentais na atuação do assistente social diante da complexidade do cuidado em contextos de sofrimento, finitude e vulnerabilidade.

O destaque da palavra direito nesse grupo se articula à fala do participante 2, que afirma: *“Acredito, sim, que a espiritualidade seja necessária enquanto direito para todos os nossos clientes. Não quer dizer que sejam todos iguais, mas há uma grande necessidade da espiritualidade, sem dúvida”*. Essa declaração reforça que o reconhecimento da espiritualidade não se limita a um aspecto subjetivo, mas também como uma expressão de cidadania e dignidade humana.

De forma complementar, a fala do participante 1, *“vou passar para a psicóloga, porque ela tem muitas dúvidas e muitos medos. eu olho para o ser humano”*. A análise indica como os profissionais reconhecem que o cuidado integral exige considerar o ser humano em suas múltiplas dimensões, inclusive a espiritual.

Esses depoimentos se articulam com o segundo objetivo da pesquisa, ao demonstrar como os profissionais percebem a espiritualidade como uma necessidade que exige resposta ética e institucional. Há aqui o reconhecimento de um conflito: o desejo de garantir esse direito diante de condições de trabalho que nem sempre favorecem a escuta e o acolhimento ou a articulação em equipe. Como afirma Cecílio (2003):

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (Cecílio, 2003 p. 2).

A classe 4, intitulada Mediação e apoio interdisciplinar do Assistente Social, corresponde a 21,45% do total do corpus analisado, e destaca palavras como, equipe, apoio, social, serviço, paliativo, enfermeiro, médico, avaliação, cuidado e rede. Essas palavras evidenciam a centralidade do trabalho interdisciplinar no contexto dos cuidados paliativos, apontando para a necessidade de articulação entre diferentes profissionais da saúde com vistas a um cuidado integral.

Nesse sentido, o conceito de saúde proposto pela OMS (1998), compreende o bem-estar físico, mental, social e espiritual como partes constitutivas do estado de saúde. Esse conceito amplia o olhar biomédico tradicional e aponta para a necessidade de práticas de cuidado que levem em consideração a totalidade da experiência humana.

Sendo assim, para incluir explicitamente a espiritualidade, a OMS aponta para uma abordagem baseada na integralidade do cuidado que deve orientar as práticas de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde.

Nessa perspectiva, a fala do participante 4 reforça essa visão ao afirmar: *“Por isso, trabalhamos muito em equipe multidisciplinar para tentar ver o doente de forma holística, como um todo, e ajudá-lo a identificar ou encaminhá-lo para suprir suas necessidades”*. Esse posicionamento dialoga com os princípios integralidade e interdisciplinaridade, evidenciando que o cuidado paliativo requer mais do que uma atuação técnica isolada: exige a construção coletiva de estratégias de cuidado que considerem as múltiplas dimensões do ser humano, incluindo os aspectos física, social, emocional, mental, espiritual e cultural, os quais demandam uma abordagem em sensível e integral por parte da equipe de saúde.

No entanto, apesar desse ideal, os desafios enfrentados pelo Serviço Social e pelas demais categorias profissionais no campo dos cuidados paliativos são significativos. Limitações estruturais, como a insuficiência de pessoal, a ausência de protocolos institucionais claros e as barreiras na comunicação entre equipes, ainda comprometem a efetividade da prática interdisciplinar.

Pode-se constatar esse fato, por exemplo, na fala do participante 1 que relata: *“eu tive que chamar o psicólogo, porque ela tem muitos medos”*. Tal fala revela tanto sensibilidade quanto os limites enfrentados pelos profissionais, que embora reconheçam a necessidade de um cuidado integral, muitas vezes não dispõem das condições necessárias para promovê-las plenamente.

Esses relatos se conectam diretamente aos objetivos da pesquisa, em especial ao de examinar como os assistentes sociais reconhecem e incorporam a dimensão espiritual como necessidade humana em suas práticas nos cuidados paliativos. A preocupação com a articulação entre diferentes saberes e práticas aparece como um passo importante nessa direção, mesmo que na prática ainda existam fragilidades.

A classe 3, nomeada, Significado e Enfrentamento da Dor no Serviço Social Paliativo, corresponde a 16,36% do corpus analisado. As palavras mais recorrentes foram dor, católico, tudo, controlar, impacto, pessoa, perdido, conseguir, concentrar e significado. Essas palavras revelam a complexidade do sofrimento vivenciado por pacientes em cuidados paliativos e os desafios enfrentados pelos assistentes sociais ao lidar com essas experiências.

A fala do participante 1 , ao afirmar, “*sim, veja... queria que fosse mais... e até tenho pena de alguns médicos que só olham para a parte física e colocam de lado todo o resto que ainda existe*”. Esse relato indica uma crítica à abordagem biomédica reducionista e destaca a importância de considerar o ser humano em sua totalidade. O participante 1 continua: “*ter fé e crença em alguma coisa pode ser um motor para levar a um caminho positivo e de sucesso na saúde...ir orientando a pessoa quando ela está com a gente ou com a família para o último momento da vida*”.

Esse entendimento está alinhado com o conceito de dor total proposto por Saunders, como citado por Castro (2021), que compreende o sofrimento como multifacetado, abarcando dimensões física, emocional, social e espiritual.

A fala do participante 6 também acrescenta a essa visão ao dizer: “*Acho que cada doente também vive coisas de forma diferente, e nós também temos de estar aqui, um bocadinho abertos, em interagir, intervir com as pessoas. Muitos são diferentes, não é?*” Isso sugere que o sofrimento é percebido de maneira única por cada pessoa e exige, por parte dos profissionais, sensibilidade, escuta e flexibilidade.

Nessa discussão, a classe 3 se conecta de modo mais evidente ao terceiro objetivo específico da pesquisa, que busca avaliar os efeitos da articulação da dimensão espiritual pelos assistentes sociais na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Ainda que não se trate de uma avaliação direta, as falas apontam que a consideração da espiritualidade pode contribuir para um cuidado mais sensível e centrado no ser humano.

A Classe 2, nomeada de Crença e Respeito no Serviço Social Paliativo: Mediação de Valores e Perspectivas Espirituais, alcançou 13,64% do corpus analisado. Essa classe destacou palavras como crença, acreditar, orientar, aplicar, religião, dificuldade, bem, superior, respeito e perspectiva, evidenciando a presença de valores subjetivos e espirituais que atravessam as práticas profissionais nos cuidados paliativos.

Do ponto de vista da pesquisa, essa classe se articula de maneira mais direta ao segundo objetivo específico da pesquisa, que propõe examinar como os Assistentes Sociais reconhecem e incorporam a dimensão espiritual como uma necessidade humana em suas práticas em cuidados paliativos. As falas dos participantes revelam esse esforço de percepção e acolhimento da espiritualidade, ainda que atravessado por desafios. Elas apontam para um movimento profissional que busca integrar essa dimensão ao cuidado, não como algo externo ou acessório, mas como parte do reconhecimento da pessoa em sua totalidade.

Essa compreensão aparece de forma contundente na fala do participante 9 que afirma: *“Nos cuidados paliativos nós temos que realmente criar relação para conseguirmos, com profundidade, perceber qual é o sentido de vida daquele doente e quais são as suas necessidades, fazer um trabalho muito mais profundo para que consigamos perceber quais são as necessidades do agora”*.

Segundo Martinelli (2007),

Ao trabalhar com cuidados paliativos, o assistente social utiliza dos seus conhecimentos e valores éticos, na busca da qualidade dos atos profissionais, sendo importante: O sentimento partilhado, de sentir com o outro, não como o outro; o espaço da escuta, tanto no diálogo, como no silêncio; a dignidade no trato, a sensibilidade de perceber a condição do outro, naquele momento tão peculiar de sua vida; o reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o processo de doença e o agravamento do quadro de saúde (Martinelli, 2007, p. 27).

Nessa concepção, Frankl, (2011) defende que a busca de sentido é uma necessidade profunda do ser humano, especialmente diante do sofrimento. Ele afirma:

Pode mostrar ao seu paciente que a vida nunca cessa de ter sentido. A rigor ele não pode mostrar-lhe o que é o sentido, mas pode indicar-lhe que há um sentido e que a vida o conserva, a vida se mantém cheia de sentido, sob quaisquer condições (Frankl, 2011, p. 9-10).

Assim, pode se afirmar que essa classe reflete com profundidade o objetivo central da pesquisa, pois examina e responde como os profissionais não apenas percebem a espiritualidade como se colocam diante dela no cotidiano dos cuidados paliativos. Isso revela não só a sensibilidade diante da espiritualidade, mas também os desafios de sua incorporação prática, o que exige formação, reflexão ética e compromisso com a integralidade do cuidado.

A classe 6, denominada Humanização e Espiritualidade no Serviço Social: escuta e respeito ao paciente, representou 10,55%, do corpus analisado. As palavras mais associadas foram: trazer, morte, acontecer, deixar, luto, vida, buscar, Deus, acabar e qualidade .

Essa classe revelou o entrelaçamento entre espiritualidade, escuta sensível e humanização no cuidado em saúde. A presença da espiritualidade foi destacada nas falas como dimensão essencial do ser humano, sendo expressa não como imposição religiosa, mas como reconhecimento da subjetividade, das crenças e dos sentidos que cada pessoa atribui à sua vida e ao processo de enfrentamento de situações de sofrimento

Nesse contexto, o participante 10 ressaltou, referente a espiritualidade: *“Eu penso que toda a intervenção que nós possamos ter é em busca das necessidades do doente, e mais concretamente nessa área, na sua vivência, do seu processo de doença, com a família, pode ter um impacto pode ter impacto positivo, e pode ser importante para ele”*. Essa fala revela uma sensibilidade prática sobre como a espiritualidade pode influenciar o cuidado, trazendo efeitos reais para o bem-estar do paciente .

Ao destacar o impacto positivo nas vivências cotidianas, o profissional sinaliza a importância de um olhar ampliado sobre o processo de adoecimento. Isso envolve considerar não só os aspectos físicos, mas também o suporte emocional, familiar e espiritual, especialmente em situações de enfrentamento de doenças e finitude.

Esse entendimento se articula diretamente com o terceiro objetivo da pesquisa, que propõe avaliar os efeitos da articulação da dimensão espiritual pelos assistentes sociais na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Ainda que a avaliação não tenha sido feita de forma mensurável, o relato sugere percepções práticas que apontam para resultados positivos dessa integração.

A classe 5, intitulada Qualidade de Vida e Conforto no Fim de Via: Intervenção do Serviço Social, obteve o percentual de 9,82% do corpus analisado. Nessa classe, as palavras mais representativas foram:: necessidade, relativamente, contar, tender, abertura, básico, princípio, aprofundar, realmente e sempre. Elas revelam uma prática voltada para compreender e responder às dimensões essenciais do cuidado, especialmente nos momentos de finais de vida.

A classe revela uma compreensão do Serviço Social centrada na atenção às necessidades do paciente no fim de vida. As palavras destacadas apontam para uma prática que tende a acolher, com sensibilidade, o sofrimento da pessoa e suas famílias.

A fala do participante 1 contribui para compreensão ao afirmar: *“Depois da morte, o luto também da família que fica, eu acho que a espiritualidade faz todo sentido”*. Essa percepção reforça a importância de um olhar integral para o processo de morrer, incluindo o acolhimento a família, o que está em sintonia com o princípio de integralidade e com o terceiro objetivo da pesquisa, isto é, avaliar os efeitos da articulação da dimensão espiritual na assimilação da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

O participante 2 apresenta uma posição que revela uma limitação na incorporação da espiritualidade na prática, quando diz: *“Isso tem muito a ver com a experiência pessoal, né? É muito difícil e eu não trabalho pessoalmente. E, enquanto Assistente Social, ocorreram outras situações... não coloco no plano a espiritualidade”*. Em resposta à

pergunta sobre formação para abordar essa dimensão, complementa: *“quando faço formação faço mais formação assistencial. Mas acho que falta muita formação nessa área. Ter entendimento e poder atuar é outra coisa, sem dúvida... Eu não tenho visto formações nessa área”*.

Essas falas evidenciam que, apesar do reconhecimento por parte de um número significativo de profissionais sobre a relevância da dimensão espiritual, a atuação do Serviço Social ainda não é uniforme nesse campo. Como destaca Andrade (2015, p.17), o Serviço Social em cuidados paliativos vem construindo uma trajetória na própria prática que realiza, seja enfrentando os percalços de uma realidade ainda não tão clara, seja abrindo caminho em que os direitos não são conhecidos por todos. Desse modo, a ausência de formação específica reforça os limites enfrentados pelos profissionais, mesmo quando há predisposição para atuar de forma ampliada.

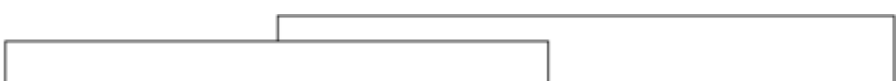
Nessa perspectiva, Toniol (2017) questiona:

Tendo em vista que o principal organismo de gestão global da saúde, a OMS, legitima o entendimento de que o humano, é invariavelmente, um ser espiritual e que a espiritualidade é um fator determinante da para a saúde, caberia ao Estado prover cuidados com o espírito? ou ainda, negligenciar a espiritualidade não seria, no limite, um descaso com a saúde pública? (Toniol, 2017 p.18).

Dessa forma, embora a classe revele a importância da espiritualidade na promoção do conforto e da qualidade de vida em cuidados paliativos, ela também evidencia limites na prática do Serviço Social. A escuta e a sensibilidade aparecem como elementos centrais, mas é perceptível que nem todos os profissionais se sentem preparados para integrar essa dimensão em sua intervenção.

Conforme foi exposto pelo participante 2, ainda há certa resistência ou insegurança, e a espiritualidade muitas vezes é entendida como algo privado ou pessoal, dificultando sua legitimação como parte do cuidado profissional. Isso expõe uma lacuna na formação e nas políticas públicas de saúde.

A fala de Toniol (2017) reforça essa tensão ao problematizar: Se a OMS reconhece a espiritualidade como um fator determinante da saúde, seria papel do Estado garantir esse cuidado? e se não o fizer, estaria negligenciando a saúde pública? Essa provocação se conecta diretamente ao cerne do debate da classe, que evidencia tanto o reconhecimento da importância da espiritualidade quanto a necessidade de legitimar sua presença nas práticas institucionais e nas diretrizes do Serviço Social.



Classe 5		Classe 1		Classe 3		Classe 2		Classe 6		Classe 4	
Qualidade de vida e conforto no fim de vida: a intervenção do Serviço Social		Dimensões éticas e humanas na prática em cuidados paliativos		Significado e enfrentamento da dor no Serviço Social paliativo		Crença e respeito no Serviço Social paliativo: mediação de valores e perspectivas espirituais		Humanização e espiritualidade no Serviço Social: escuta e respeito ao paciente		Mediação e apoio interdisciplinar do assistente social em cuidados paliativos	
9,82%		28,18%		16,36%		13,64%		10,55%		21,45%	
Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2
Necessidade	83,32	Dimensão	44,86	Dor	40,20	Crença	60,08	Trazer	85,58	Equipa	149,4
Relativamente	46,35	Área	44,68	Católico	30,02	Acreditar	32,57	Morte	85,58	Apoio	61,06
Contar	44,78	Como	36,51	Tudo	26,13	Orientar	31,96	Acontecer	56,45	Social	59,15
Tender	41,66	Conflito	31,26	Controlar	25,79	Aplicar	31,96	Deixar	34,07	Serviço	56,10
Abertura	37,03	Humano	30,72	Impacto	21,41	Religião	27,77	Luto	34,07	Paliativo	51,05
Básico	37,01	Dever	28,65	Pessoa	21,39	Dificultad e	25,96	Vida	27,63	Enfermeiro	44,91
Princípio	37,01	Dizer	21,75	Perdido	20,59	Bem	22,88	Buscar	25,80	Médico	42,28
Aprofundar	37,01	Pensar	18,14	Conseguir	17,86	Superior	20,11	Deus	25,80	Avaliação	41,09
Realmente	36,72	Direito	17,79	Concentrar	15,42	Respeito	18,87	Acabar	24,81	Cuidado	32,56
Sempre	30,89	Trabalhar	14,66	Significado	14,93	Perspectiva	18,87	Qualidade	23,04	Rede	25,96

Nota: Todas as estatísticas de χ^2 possuem valor $p \leq 0,00012$.

Figura 1.3 - Dendrograma gerado pela Classificação Hierárquica Descendente⁶

5.3 Distribuição espacial das classes gerada pela análise fatorial de correspondência

A distribuição espacial das classes gerada pela análise fatorial de correspondência revela nuances sobre a organização dos conteúdos emergidos nas entrevistas, permitindo visualizar aproximações temáticas e distanciamentos conceituais entre as falas dos participantes. Essa organização gráfica, representada na figura 4, oferece uma leitura visual das conexões entre os sentidos atribuídos pelos participantes e eixos centrais da pesquisa.

Com base nessa representação gráfica, é possível perceber a localização de cada classe em relação às outras. A leitura do gráfico será feita com base nos eixos vertical e horizontal, buscando perceber, em cada caso, oposições entre grupos de classes.

⁶ Fonte: autora (IRAMUTEQ 7 Alpha 2).

No quadrante superior esquerdo encontram-se as classes 6, intitulada Humanização e espiritualidade no Serviço Social: escuta e respeito ao paciente, e 3, intitulada Significado enfrentamento da dor no Serviço Social paliativo. As proximidades dessas duas classes refletem a centralidade da dimensão espiritual na prática profissional, especialmente em contextos de sofrimento e finitude. Ambas partilham o entendimento de que cuidar do paciente envolve mais do que tratar sintomas físicos, exige, portanto, reconhecer seus significados de vida, dores subjetivas e espiritualidade como componentes do cuidado integral.

Ainda no eixo superior, mas posicionado mais ao centro, observa-se a classe 2, Crença e respeito no Serviço Social paliativo: mediação de valores e perspectivas espirituais. Embora ligeiramente afastada das classes 6 e 3, a classe 2 mantém certa conexão por também abordar aspectos relacionados à espiritualidade, porém com ênfase na mediação de crenças e no respeito às diferentes formas de expressão espiritual.

No quadrante superior direito, aparece isoladamente a classe 4, Mediação e apoio interdisciplinar do Assistente Social em cuidados paliativos. Sua posição sugere uma autonomia temática, indicando um foco mais voltado à articulação entre profissionais e ao suporte técnico-operacional, do que à dimensão espiritual propriamente dita. No eixo inferior do plano, vê-se a classe 5, Qualidade de vida e conforto no fim de vida: a intervenção do Serviço Social. Localizada no quadrante inferior direito, próximo ao centro do plano, sinalizando um ponto de equilíbrio entre diversas dimensões do cuidado. A classe 5 se aproxima das ideias de integralidade e necessidades básicas no fim de vida, sem deixar de considerar o papel da espiritualidade na percepção do conforto e bem-estar.

Por fim, a classe 1, Dimensões éticas e humanas na prática em cuidados paliativos, encontra-se isolada no quadrante inferior esquerdo, evidenciando uma abordagem ética e reflexiva no cuidado, mais voltada às subjetividades e os princípios que norteiam a atuação profissional, com menor ênfase nas articulações institucionais ou no debate explícito sobre espiritualidade.

A análise fatorial de correspondência permite visualizar, de forma relacional, como os sentidos atribuídos à espiritualidade se organizam nas falas dos assistentes sociais. As aproximações espaciais entre as classes, especialmente entre a classe 6 (Humanização e espiritualidade no Serviço Social) e a classe 3 (Significado e enfrentamento da dor), indicam uma relação direta entre espiritualidade, escuta qualificada e o cuidado integral em momentos de maior sofrimento. Por outro lado, o afastamento espacial da classe 4 (Mediação e apoio interdisciplinar do Assistente Social em cuidados paliativos e da classe

5 (Qualidade de vida e conforto no fim de vida:a intervenção do Serviço Social) revela certa dispersão entre o discurso da espiritualidade e a prática cotidiana voltada à organização técnica dos cuidados.

A análise fatorial de correspondência apresentada no item 5.3 permitiu visualizar, de forma gráfica e interpretativa, como as percepções dos Assistente Sociais sobre a dimensão espiritual nos cuidados paliativos se organizam em blocos temáticos distintos, mas interligados. Tendo como objetivo central desta pesquisa analisar a percepção desses profissionais acerca da espiritualidade como um direito humano e sua relevância na atenção paliativa em Portugal, essa distribuição espacial das classes aprofunda a compreensão sobre como tam dimensão é vivida dentro da prática profissional.

A presença de classes como Humanização e espiritualidade no Serviço Social, significado e enfrentamento da dor e crença e respeito no Serviço Social paliativo, ocupando quadrantes próximos evidencia que a espiritualidade é reconhecida como eixo de sentido no cuidado em situações de sofrimento e fim de vida, ainda que nem sempre incorporada de modo uniforme nas práticas dos profissionais.

Por outro lado, a distância de classes como Mediação e apoio interdisciplinar ou Dimensões éticas e humanas reforça a complexidade das aproximações e resistências quanto a inclusão da espiritualidade no âmbito da intervenção do Serviço Social no cuidado em saúde.

A análise revela, portanto, que a espiritualidade é simultaneamente um campo de reconhecimento e um campo de disputa. A organização das falas aponta que, embora muitos profissionais compreendam a espiritualidade como relevante e até com um direito, ainda há limitações formativas, institucionais e pessoais que interferem em sua atuação.

Essa constatação, retromencionada, reforça a importância de políticas públicas que reconheçam e legitimem essa dimensão no âmbito da saúde e dos cuidados paliativos, bem como a necessidade de formação específica para os Assistentes Sociais.

Por fim, ao mapear essas convergências e distanciamentos, a análise fatorial das classes oferece uma contribuição importante para o objetivo da pesquisa, pois explicita, com base nas falas, os desafios e as potencialidades da espiritualidade como parte dos direitos humanos no contexto da saúde e dos cuidados paliativos. Essa compreensão crítica abre caminho para novas investigações e para o fortalecimento do papel do Serviço Social na promoção de cuidado integral, sensível e humanizado.

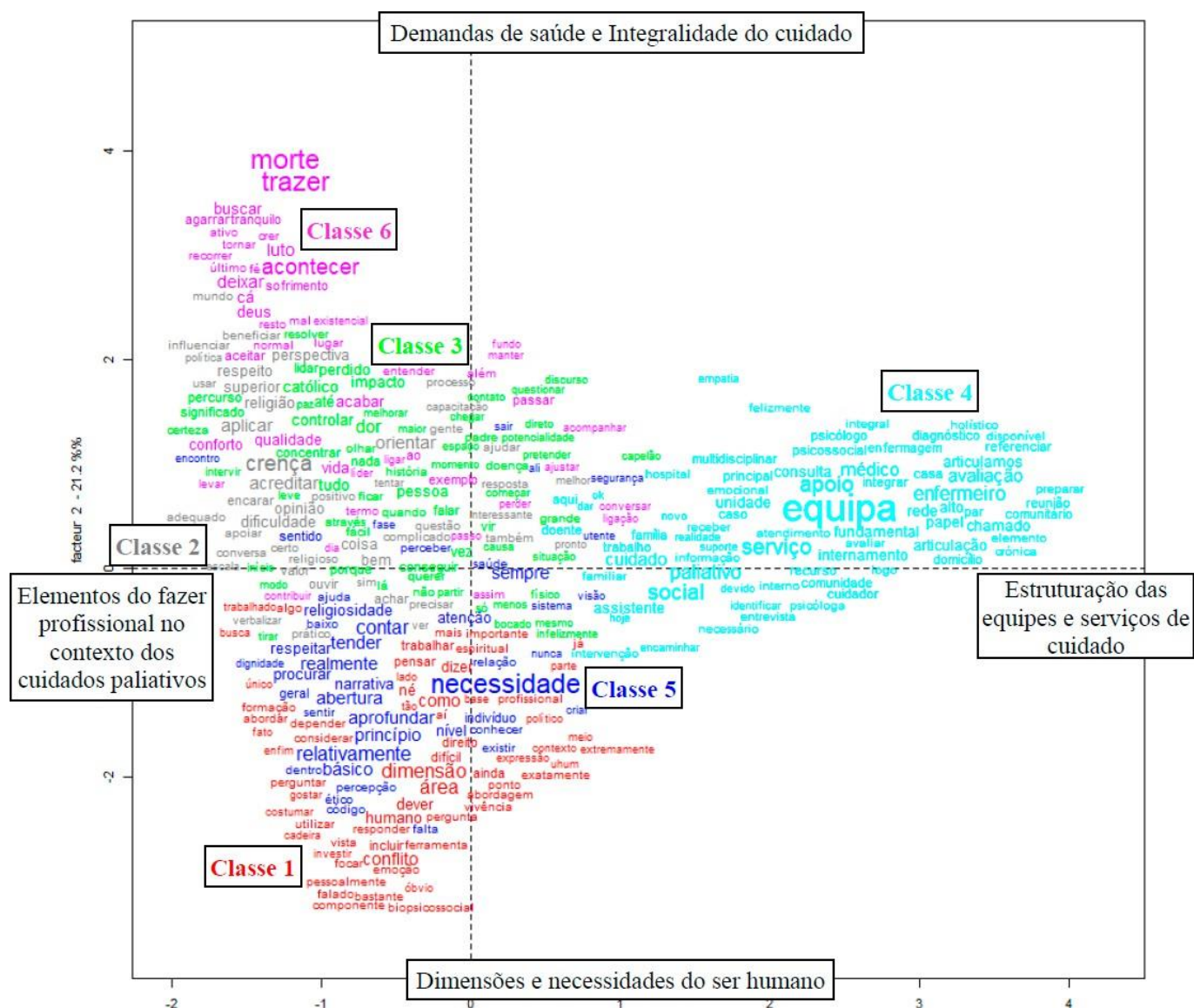


Figura 1.4 - Plano cartesiano gerado pela Análise Fatorial de Correspondência⁷

⁷ Fonte: autora (IRAMUTEQ 7 Alpha 2).

Considerações finais

Considerando a análise realizada ao longo desta pesquisa, observa-se que a dimensão espiritual, quando compreendida a partir da multidimensionalidade humana e dimensão intrínseca do ser humano, revela-se como componente no cuidado integral à saúde, especialmente em contextos desafiadores como os cuidados paliativos.

A OMS reconhece o ser humano como um ser integral, composto por dimensões física, social, emocional, mental, espiritual e cultural tal perspectiva demanda práticas profissionais capazes de responder a essa complexidade.

O Serviço Social ao incorporar a dimensão espiritual a sua prática profissional, alinha-se aos princípios ético-políticos da profissão, expressos no Código de Ética, denominado em Portugal de Código Deontológico, que orienta a atuação profissional com base na liberdade, no respeito às diferenças e na valorização da singularidade do sujeito, princípios que dialogam diretamente com o reconhecimento da espiritualidade como parte constitutiva do ser humano.

Considerar essa dimensão significa atender a uma necessidade que, para muitas pessoas, é fundamental em momentos de sofrimento, como nos cuidados paliativos. No contexto dos cuidados paliativos, a atuação do Assistente Social requer não apenas escuta sensível, mas também uma intervenção que considere o sofrimento existencial e espiritual, que reconheça a espiritualidade como direito humano a ser respeitado e protegido.

Para que isso se concretize, de forma mais ampla, é necessário que a dimensão espiritual esteja presente no plano de cuidado do Assistente Social, integrando sua escuta e intervenção como parte de uma prática ética, comprometida com a totalidade do ser humano e com o acolhimento de suas vivências espirituais e existenciais.

Essa postura se ancora nos princípios da integralidade e da justiça social, articulando-se com os determinantes sociais da saúde, ou seja as condições materiais de vida, como moradia, trabalho, acesso à informação, rede de apoio e serviços, moldam não apenas a saúde física, mas também a forma como as pessoas experimentam o sofrimento, encontram sentido, e exercem a sua espiritualidade.

Compreender-se a realidade, da dimensão espiritual no cuidado exige reconhecer que, atualmente, a formação em Serviço Social ainda carece de uma abordagem sistemática e crítica sobre essa interface. A ausência de uma base formativa que trate a espiritualidade como um aspecto estruturante do processo de atenção, e não como algo periférico ou complementar, tem impacto direto na prática profissional.

Desse modo, muitos Assistentes Sociais se deparam com situações em que a dimensão espiritual está presente no sofrimento e nas demandas dos usuários, mas sentem-se inseguros ou despreparados para intervir com legitimidade e sensibilidade. Deve-se superar essas dificuldades que refletem a predominância de paradigmas biomédicos, que priorizam as intervenções técnicas, relegando dimensões subjetivas e humanas a um papel secundário. Esse vazio formativo limita a amplitude da intervenção e pode restringir a efetividade do cuidado integral.

Para superar esse desafio, é fundamental que os currículos dos cursos de Serviço Social incluam conteúdos que abordam criticamente a espiritualidade como dimensão da vida humana, articulada com os direitos humanos, com os determinantes sociais da saúde e como os fundamentos ético-políticos da profissão. Sendo assim, a inclusão dessa temática, de forma transversal e não pontual, pode contribuir para que futuros profissionais desenvolvam práticas mais sensíveis, integradoras e coerentes com os princípios da profissão.

Contudo, apesar das contribuições apresentadas, é importante considerar algumas limitações que podem ter influenciado os resultados da pesquisa. Em certas entrevistas, a imprecisão nas respostas sobre espiritualidade revelou dificuldades dos participantes em articular conceitos ou experiências práticas sobre o tema.

Vale ressaltar que este tema está sendo discutido dentro do Serviço Social de forma recente, quando comparado com outros temas como aqueles ligados à chamada questão social. Isso implica dizer que o número de pesquisas sobre este tema, que põe em diálogo o campo do Serviço Social com o das discussões sobre a espiritualidade enquanto uma dimensão humana, é pequeno. Se, por um lado, isso implica reafirmar a importância deste trabalho, por outro lado ele apenas arranha o universo de trabalho do Serviço Social em Portugal.

Além disso, não se pode descartar a influência da desejabilidade social em algumas falas, principalmente nas questões ligadas a relevância da espiritualidade na atuação profissional. Isso indica que algumas respostas podem ter refletido mais uma expectativa social do que uma prática efetivamente consolidada. Tais limitações não apenas delimitam o alcance da análise, como também apontam caminhos relevantes para as investigações futuras.

Nesse entendimento, esta pesquisa, contribui para ampliar a reflexão sobre a importância de incluir a espiritualidade como fator legítimo de saúde nos espaços

institucionais e aponta para necessidade de estudos que aprofundem essa discussão no campo do Serviço Social.

Estudos futuros podem explorar a formação dos profissionais sobre espiritualidade, o desenvolvimento de instrumentos de escuta qualificada para essa dimensão, a interface entre espiritualidade e os determinantes sociais da saúde, além de uma análise crítica das políticas públicas que silenciam essa dimensão. Ao sugerir esses caminhos, a pesquisa abre possibilidades para o fortalecimento da atuação profissional comprometida com a integralidade e com os direitos humanos, especialmente em cuidados paliativos.

Contudo, mesmo com o arcabouço legal e teórico consolidado, nacional e internacionalmente, que sustenta a atenção integral em saúde e reconhece a espiritualidade como dimensão legítima do cuidado humano, permanece uma distância marcante entre o que é previsto e o que é efetivamente praticado.

Essa distância não decorre da ausência de fundamentos e diretrizes, mas sim limitações nas decisões políticas e institucionais que assumam com clareza e a espiritualidade como um direito humano a ser garantido nos processos de cuidado em saúde. O que se observa é uma resistência velada, um silêncio que perpetua a negligência dessa dimensão essencial da existência humana.

Nesse contexto, torna-se evidente que a garantia desse direito não depende apenas da formação técnica ou da disposição individual dos profissionais, mas exige sobretudo um posicionamento político-ético por parte das instituições e sistemas de saúde. Incorporar a espiritualidade como direito não é favor, uma urgência ética que desafia estruturas, incomoda lógicas fragmentadas e convoca o compromisso real com a dignidade humana.

Referências

- Almeida, A. M. (2010). Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. *Zen Rev.*, 1(10), 1-6.
- Andrade, J. (2004). *Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976*. Coimbra: Almedina.
- Andrade, L. (2015). *Serviço Social e Cuidados Paliativos: Um Exercício de Coragem*. Editora Setembro.
- André, G., & Vieira, I. (2022). Serviço social e direitos humanos: A formação dos assistentes sociais na defesa e realização dos direitos humanos na intervenção social. *Temas Sociais*, 3(3), 7-30.
- Androf, D. (2018). Practicing human rights in social work: Reflections and rights-based approaches. *Journal of Human Rights and Social Work*, 3(4), 179–182.
- Antunes, M., Ramos, L. M., Lourenço, Ó., & Quintal, C. (2020). Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro?. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(2), 1-14.
- Araújo G. (2017) Comparação entre o Sistema de Saúde Brasileiro e o sistema de Saúde Portugues: Análise Geral <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1173>
- Barreto, V. (2004). Multiculturalismo e direitos humanos: um conflito insolúvel? In: Baldi, César Augusto (Org.). *Direitos Humanos na Sociedade Cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar.
- Barroco, M. L. (2008). *O significado sócio-histórico dos direitos humanos e o Serviço Social*. Conferência Mundial de Serviço Social da Federação Internacional de Trabalho, Salvador, Bahia, Brasil. www.cfess.org.br/pdf/maria_lucia_barroco.pdf
- Bleger, J. (1984). *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artmed.
- Bobbio, N. (1992). *A Era dos Direitos* (8.^a ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of pain and symptom management*, 40(2), 163–173.
- Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus Soci@l*, (3), 61-89.

- Branco, M. Z. C., Brito, D., & Sousa, C. F. (2014). Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*, 14(1), 100-108.
- Brandão, J. L., Gomes, A. M. T., Mota, D. B., Thiengo, P. C. S., Fleury, M. L. O., Dib, R. V., Santos, C. S., Spezani, R. S. Espiritualidade e Religiosidade no contexto da integralidade da assistência: reflexões sobre o cuidado integral em saúde e enfermagem *Research, Society and Development*, 9(10), 1-22.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Senado Federal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Sistema Único de Saúde*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), 539-545.
- Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem. *CuidArte, Enferm*, 3(2), 157-164.
- Callahan, A. M. (2017). *Spirituality and Hospice Social Work*. Columbia University Press.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513–518.
- Campos, T. (2008). Doenças Negligenciadas, Pobreza e Exclusão Social: mera coincidência geográfica? *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, 103, 793-830.
- Castro, M. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm.*, 42, 1-8.
- Canotilho, J. (2003). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, A Carvalho, G. S. (2006). *Educação para saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2a ed.). Porto Alegre: ANPC.

- Cecilio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003). *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. <https://www2.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GESTÃO-HOSPITALAR.pdf>
- Cohen, J., & Ezer, T. (2013). Human rights in patient care: A theoretical and practical framework. *Health and Human Rights Journal*, 15(2). <https://www.hhrjournal.org/2013/12/human-rights-in-patient-care-a-theoretical-and-practical-framework/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Posicionamento do sistema conselhos de psicologia para a questão da psicologia, religião e espiritualidade* (GT Nacional – Psicologia, Religião e Espiritualidade). Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade.pdf>
- Cortês, A. S. P. R. (2017). *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: serviço social em cuidados paliativos*. [Tese de doutorado]. Iscte - Instituto Universitário de Lisboa.
- Costa, M. (2011). *Convivência More Uxorio na Perspectiva de Harmonização do Direito da Família Europeu: Uniãos Homossexuais*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Costa, C., & Lopes, J. T. (2013). *O setor saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e sua caracterização sócio-profissional*. Universidade de Coimbra. Disponível em https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/32721/1/O%20sector%20da%20sa%C3%B Ade%20em%20Portugal_funcionamento%20do%20sistema.pdf
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Fifth edition. SAGE Publications, Inc.
- Cruz, Á. (2004). *Jurisdição constitucional democrática*. Belo Horizonte: Del Rey.
- D'Alessandro, M. P. S., Pires, C. T., & Forte, D. N. (Coords.). (2020). *Manual de cuidados paliativos*. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde.
- Declaração e programa de ação de Viena. In: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. 1993. Portal de Direito Internacional. <http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Progra>

ma%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%AAn
cia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20jun
ho%20de%201993.pdf

DeParle, J. (2020). *The coronavirus class divide: space and privacy*. The New York Times.
<https://www.nytimes.com/2020/04/12/us/politics/coronavirus-poverty-privacy.html>

Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., Gomes, R., & Minayo, M. C. de S. (Orgs.). (1994).
Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes.

Eliade, M.(1992) O sagrado e o profano. São Paulo: Martins Fontes.

Emerique, L. B. (2009). *Neoconstitucionalismo e direitos sociais: Um contributo para a
luta contra a pobreza*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos.

Engels, F. (1890). Letters on historical materialism: To Joseph Bloch. In R. C. Tucker
(Ed.), *The Marx-Engels reader* (2ª ed., pp. 760-765). W. W. Norton & Company.

Espanha. Ministerio de Sanidad. (2024). *Sistema Nacional de Salud*.
<https://www.sanidad.gob.es>

Fischmann, R. (2001). Educação, Direitos Humanos, Tolerância e Paz. *Paidéia*, 11(20),
67-77.

Fleck, M. P. de A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização
Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde
Coletiva*, 5(1), 33–38.

Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures:
Lusociência.

Fracolli, L. A., Zoboli, E. L. P., Granja, G. F., & Ermel, R. C. (2011). Conceito e prática
da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Revista Da Escola
De Enfermagem Da USP*, 45(5), 1135–1141.

Franco Jr. H. (1986). *A Idade Média; nascimento do Ocidente* (4. ed.). São Paulo:
Brasiliense.

Frankl, V. E. (1946). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press.

Frankl, Viktor. (2011). *A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia*.
São Paulo: Paulus.

- Frankl, V. (2016). *Psicoterapia e sentido da vida*. Tradução de Alípio Maia de Castro. São Paulo: Quadrante.
- Frankl, V. *Psicoterapia e sentido da vida*. (2019). São Paulo: Editora Quadrante.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 14(4), 352–357.
- Freire, P. S. (2014). *Educação e Integralidade: o conceito de integralidade no pensamento pedagógico de Edgar Morin, Paulo Freire e Leonardo Boff*. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Pernambuco.
- Fundação La Caixa. (2024). *Apoio integral a pessoas com doenças avançadas*. <https://fundacaolacaixa.pt/pt/apoio-integral-doencas-avancadas-descricao>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. Atlas.
- Gruskin, S., Mills, E., & Tarantola, D. (2007). Health and Human Rights 1. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*, 370, 449–55.
- Healy, L. (s/d). IASSW — A Brief History. <https://www.iassw-aiets.org/about-iassw/brief-history/>
- Healy, L. M. (2008). Exploring the history of social work as a human rights profession. *International Social Work*, 51(6), 735–748.
- Hefti, R., & Esperandio, M. R. G. (2016). O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual – uma abordagem holística de cuidado ao paciente. *Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, 14(41), 13-47.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.
- Iamamoto, M. V. (2000). *O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez.
- International Federation of Social Workers. (2022). *Global social work statement of ethical principles*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Koenig, H. G. (2005). *Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por que, como, quando e o que*. São Paulo: Editora FE.

- Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. São Paulo: Templenton Press.
- Koenig, Harold, G. (2002). *Espiritualidade no cuidado com o paciente: Por que, como, quando e o que*. São Paulo: Editora FE.
- Labonté, R. (2015). Globalization and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 198–205. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14022-X>
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., Cook, S. (2013). *Health in All Policies seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Lévi-Strauss, C. (1981). *Mito e significado*. Lisboa: Edições 70.
- Lima, Í. F. dos S., Lobo, F. S., Acioli, K. L. B. de O., & Aguiar, Z. N. (2012). Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(4), 944–952.
- Lucchetti, G. (2022). Saúde e espiritualidade: Das evidências científicas para a prática clínica. *Horizonte*, 20(62), 1-6.
- Mann, J., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. (1994). *Health and Human Rights. Health and Human Rights*, 1(1), 6-2.
- Mapp, S., McPherson, J., Androff, D., & Gabel, S. (2019). Social Work Is a Human Rights Profession. *Soc Work*, 64(3), 259-269.
- Marques, L. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(2), 56-65.
- Martinelli, M. L. (2007) O Exercício Profissional do Assistente Social na área da Saúde: Algumas reflexões éticas. *Serviço Social & Saúde Campinas*, 6(6),21-34.
- Marx, K. (2007). *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo.
- Marx, K. (2010). *Crítica da filosofia do direito de Hegel: Apêndice*. São Paulo: Boitempo.
- Mascarenhas, P. (2010). *Manual de Direito Constitucional*. Salvador: Malheiros.
- Maslow, A. H. (1943). The Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Mata, J. (2015). *A Igualdade e a Desigualdade na Educação em Portugal*. [Tese de Doutoramento em Sociologia]. ISCTE: Escola de Sociologia e Políticas Públicas.

- Mathews, I. (2009). *Social Work and Spirituality*. Exeter England: Learning Matters.
- Matta, Gustavo Corrêa. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In
Matta, G. C. Pontes, A. L. M. (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ,
- McPherson, J. (2020). Now Is the Time for a Rights-Based Approach to Social Work Practice. *J Hum Rights Soc Work*, 5(2), 61–63.
- Meier, B., Evans, D., Kavanagh, M., Keralis, J., & Armas-Cardona, G. (2018). Human Rights in Public Health. *Health Hum Rights*, 20(2), 85–91.
- Mendonça, G. B. (2018). *A organização da categoria profissional do Serviço Social: Gênese e contemporaneidade em Portugal*. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Coimbra.
- Minayo, M. C. S. (2001). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes.
- Mioto, R. C. T., & Nogueira, V. M. R. (2009). Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *SER Social, Brasília*, 11(25), 221-243.
- Moraes, M. (n. d.) A importância da categoria mediação para o Serviço. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
<https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Y6O09Vi7X17oOE584R0e.pdf>
- Moreira, V., & Gomes, C. (2013). *Compreender os Direitos Humanos – Manual de Educação para os Direitos Humanos*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra: Ius Gentium Conimbrigae/Centro de Direitos Humanos.
- Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2005). *Ciência com consciência*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Nações Unidas & OMS (s/d). *The Right to Health. Fact Sheet No. 31*.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
- Nações Unidas (s/d). *Direitos Humanos*. <https://unric.org/pt/o-que-sao-os-direitos-humanos/>
- Nações Unidas. (1981). *Declaração sobre a eliminação de todas as formas de intolerância e discriminação fundadas na religião ou nas convicções* (Resolução 36/55).

<https://www.oas.org/dil/port/1981Declara%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20a%20Elimina%C3%A7%C3%A3o%20de%20Todas%20as%20Formas%20de%20Intoler%C3%A2ncia%20e%20Discrimina%C3%A7%C3%A3o%20Baseadas%20em%20Religi%C3%A3o%20ou%20Cren%C3%A7a.pdf>

Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>

Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal. Sistema de Saúde – Argentina. <https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/perfil/argentina/sistema-de-saude-argentina/>

Oliveira, A. (2010). Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. *Revista CEJ*, XIV(4)8, 92-100.

Oliveira, M. J. S., Souza, A. de, Calvetti, P. Ü., & Filippin, L. I. (2018). A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(2), 33-38.

Oliveira, S., & Sousa, A. (1999). União de facto e as uniões registadas de pessoas do mesmo sexo – uma análise de direito material e direito conflitual. *Revista da Ordem dos Advogados*, 59(2): 693- 752.

Organização Internacional do Trabalho. (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_714557.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1998). *WHOQOL-100 Manual: Avaliação de qualidade de vida*. <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1336473832WHOQOL-100.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (1998). Mundial da Saúde. (1998). 101ª Sessão do Conselho Executivo: Resoluções e decisões. Genebra: OMS.

Oswaldo Cruz, o médico do Brasil: Almanaque histórico. (2003). (Oswaldo Cruz, Projeto Memória). São Paulo: Odebrecht/Casa de Oswaldo Cruz.

Peces-Barba Martínez, G. (1999). *Curso de Derechos Fundamentales – Teoría General*. Madrid: Universidad Carlos III – BOE, p. 104.

- Pinheiro, F. (2008). *A Teoria dos Direitos Humanos*. Fortaleza: VI Congresso Brasileiro de Operadores e Estudantes de Direito.
- Plas, P., & Ponte, V. (2017). Saúde, ação pública e território: análise comparativa França e Brasil. *Novos Cadernos NAEA*, 20(1), 43-66.
- Portugal. (2009). *Decreto-Lei n.º 253/2009*. Diário da República, 1.ª série, n.º 190. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/253-2009-490426>
- Puchalski C. M; Blatt B; Kogan M., & Butler, A. (2014). Spirituality and health: the development of a field. *Acad Med*, 89(1), 10-16.
- Puchalski, C. (2010). *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care*. West Conshohocken, PA: Templeton.
- Puchalski, M. Christina (2010). Avaliação da ferramenta FICA para avaliação espiritual. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2): 1-15.
- Pulchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/08998280.2001.11927788>
- República Portuguesa. (2005). *Constituição da República Portuguesa* [Sétima revisão]. Assembleia da República. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Reynaert, D., Nachtergaele, S., De Stercke, N., Gobeyn, H., & Roose, R. (2021). Social Work as a Human Rights Profession: An Action Framework. *British Journal of Social Work* 52(6), 1-18.
- Ritchey, F., La Gory, M., & Mullis, J. (1991). Gender differences in health risks and physical symptoms among the homeless. *J Health Soc Behav.*, 32, 33–48.
- Rosas-Jiménez, C. A., & Díaz-Díaz, A. (2017). La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. *Persona y Bioética*, 21(2), 280-291.
- Ross, L., van Leeuwen, R., Baldacchino, D, Giske, T., McSherry, W, & Narayanasamy, A. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Educ Today*, 34(5), 697–702.

- Saccol, A. Z. (2009). Um retorno ao básico: Compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 2(2), 250-269.
- Sapeta, P. (2007). *Dor total vs sofrimento: A interface com os cuidados paliativos*. https://www.researchgate.net/profile/Paula-Sapeta/publication/311102009_Dor_Total_vs_Sofrimento_a_Interface_com_os_Cuidados_Paliativos/links/583da4e708a69680705c1/Dor-Total-vs-Sofrimento-a-Interface-com-os-Cuidados-Paliativos.pdf
- Sodré, F. (2010). Serviço social e o campo da saúde: Para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social & Sociedade*, 32(101), 453-475.
- Sousa-Meixell, L., Kim, S., & Silmere, H. (2022). An Exploration of Human Rights and Social Work Education in the United States. *Journal of Human Rights and Social Work*, 7, 189–201.
- Taiar, R. (2009). *Direito Internacional dos Direitos Humanos. Uma discussão sobre a relativização da soberania face à efetivação da proteção internacional dos direitos humanos*. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo: Faculdade de Direito.
- Teixeira, E, Müller, M., & Silva, J. (2004). *Crenças pessoais e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (Eds.). (2020). *Spirituality in healthcare: Perspectives for innovative practice*. Springer.
- Toniol, R. (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário antropológico*, 42(2), 267-299.
- Toniol, R. (2022). *Espiritualidade Incorporada: Pesquisas médicas, usos clínicos e políticas públicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Editora Zouk.
- Toniol, R. (2017). *O que faz a Espiritualidade?* *Relig soc.*, 37(2), 144–75.
- UFMG (2015). *Boletim Informativo nº 44 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais*. https://www.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/7/2015/04/saudeinforma44-_impressão_22_04_web.pdf

- UFPB (2023). *Práticas de espiritualidade e saúde centrada no sentido de vida no contexto hospitalar*. (UFPB, Projeto de Extensão, Coord. Prof. Thiago Aquino). João Pessoa-Paraíba.
- UFRJ. (2022). *Espiritualidade Institucionalizada: Políticas Públicas, Usos Clínicos e Pesquisas Médicas na Legitimação da Espiritualidade como Fator de Saúde no Brasil*. <https://ppgsa.ifcs.ufrj.br/pesquisa/projetos/1917/espiritualidade-institucionalizada>
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. M. (2015). As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. *Interface*, 19(55), 1089-1100.
- Vygotsky, Lev Semionovitch. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Walsham, G. (1993). *Interpreting information systems in organisations*. JohnWiley & Sons.
- Wilber, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Shambhala Publications.
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wronka, J., & Franklin, C. (Ed.). (2019). *Human rights*. Encyclopedia of Social Work. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.190>

Obras e sítios consultados

1. Sistema de Saúde da França.
 - <https://bioeticaediplomacia.org/sistema-de-saude-da-franca/>
 - <https://solidarites.gouv.fr/directions-et-services-centraux>
2. Direitos Humanos no Brasil (2013): Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos.
 - https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf
3. Cidadania ativa e democracia no Brasil:
 - https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/22728_arquivo.pdf

4. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais:
 - <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>
5. Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS Plano de Ação:
 - https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf
6. Artigo que utiliza o software IRAMUTEQ
 - <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rappgs/article/view/67623/38981>

APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Doutoramento em Serviço Social

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o Senhor(a) a participar da pesquisa de tese de doutoramento intitulada: A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do(a) Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal sob a responsabilidade da pesquisadora Maria do Amparo Mota Ferreira e orientação da Professora Doutora Alexandra Sofia Pedro Ramos Cortês - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Esta pesquisa irá contribuir para a produção do conhecimento acerca da dimensão espiritual enquanto direito humano na atenção em saúde e mais especificamente na atenção do (a) assistente social nos cuidados paliativos em Portugal. Poderá também ampliar a visão, acerca da dimensão espiritual enquanto direito ao cuidado, bem como na condução da identificação dessa necessidade no planeamento da atenção em saúde e especificamente em cuidados paliativos.

O Senhor(a) receberá os esclarecimentos sobre a pesquisa antes e no decorrer da mesma. Também garantimos que o vosso nome será mantido em sigilo e que serão resguardadas quaisquer informações que possam identificá-lo (a).

A vossa participação dar-se-á por meio de entrevista semi-estruturada que será gravada no dia e horário previamente estabelecido entre as partes, pesquisadora e entrevistado(a) com previsão para duração máxima de 1 (uma) hora em uma única etapa para realização, na qual a pesquisadora responsável utilizará como recurso de registro, papel, caneta, gravador de voz podendo ser presencial ou por meios digitais.

O (A) Senhor(a), concordando em participar da pesquisa está sujeito a possíveis riscos, tais como, desconforto com as questões elencadas, por tratar-se de uma pesquisa de natureza subjetiva bem como cansaço em decorrência do tempo envolvido na entrevista. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora estará atenta aos sinais apresentados reconduzindo-a de modo a torná-la confortável, tanto no que se refere às questões quanto ao tempo.

O (A) Senhor(a) poderá recusar-se a responder qualquer questão apresentada, bem como poderá desistir da participação sem necessidade de apresentar justificativa, atitude que não lhe causará nenhum prejuízo. Também poderá contactar a pesquisadora por meio do correio eletrónico: mdamf@iscte-iul.pt ou pelo telefone: 938609115. A vossa participação é voluntária, não havendo pagamento ou qualquer outra modalidade de recompensa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, podendo ser publicados posteriormente, sendo mantido o sigilo quanto à identificação do participante da pesquisa. É importante ressaltar que a entrevista gravada será transcrita pela pesquisadora e todo o material produzido será armazenado em arquivo com acesso por senha com alcance exclusivo da pesquisadora e serão mantidos sob sua guarda durante o tempo previsto por lei.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para que eu participe da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Participante: _____

Nome/assinatura

Pesquisadora: _____

_____, / ____ / ____

Local e data

Apêndice B-Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz com a Finalidade de Pesquisa

Eu _____,
participante da pesquisa de tese de doutoramento em Serviço Social do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, intitulada: A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do(a) Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal sob a responsabilidade da pesquisadora Maria do Amparo Mota Ferreira, autorizo a utilização de imagem e som de voz gravada durante a realização da entrevista com a finalidade da análise do conteúdo, devendo ser utilizada unicamente para esse fim.

Conforme garantia da pesquisadora, tenho consciência de que não haverá divulgação de imagem e som de voz por meio televisivo, rádio, internet ou qualquer outro meio de divulgação e também estou ciente da guarda de forma segura é de responsabilidade da pesquisadora.

Este documento disposto em 2 (duas) vias, assinado por mim e pela pesquisadora, ficará uma via em posse de ambas.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Local data

Apêndice C - Questionário Sócio Demográfico

Idade (anos) _____

Sexo F () M () Outros ()

Formação acadêmica:

Graduação ()

Especialização () Qual?

Mestrado ()

Doutorado ()

Pós doutorado ()

Qual Instituição Trabalha? _____

Quanto tempo está vinculada a instituição que trabalha? _____

E quanto tempo em Cuidados Paliativos? _____

Você tem outra formação de nível superior além do curso de Serviço Social, se sim qual?

Sim () Não () _____

Apêndice D - Roteiro de Entrevista Semi Estruturada

Objetivos da entrevista:

- Identificar a percepção do assistente social acerca da dimensão espiritual como uma necessidade humana e se esta implica na melhoria da qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos;
- Identificar a articulação estabelecida entre as dimensões ética, teórica, política e técnica do Serviço Social na abordagem da dimensão espiritual enquanto direito humano, na atenção em cuidados paliativos;
- Explorar quais os elementos motivadores do(a) assistente social na incorporação da dimensão espiritual na intervenção profissional em cuidados paliativos,
- Identificar a (as) ferramenta (s) de avaliação da espiritualidade na intervenção do(a) assistente social em cuidados paliativos.

Perguntas:

1. Comente por favor, como se dá o exercício profissional em cuidados paliativos?
2. No seu cotidiano profissional você trabalha com outros profissionais? Quais? E como se dá?
3. Qual a sua percepção do ser humano relativamente a suas dimensões?
4. De acordo com a sua compreensão do ser humano quais necessidades você identifica? Comente por favor.
5. Como você compreende espiritualidade?
6. Na sua percepção, a espiritualidade caracteriza-se como uma necessidade humana? O que o/a leva a pensar assim?
7. Você compreende a dimensão espiritual como um direito humano? Comente por favor.
8. Você tem conhecimento de quais dimensões humanas estão incluídas no conceito de saúde emitido pela OMS - Organização Mundial da Saúde? Comente por favor.
9. Você inclui a dimensão espiritual no plano de intervenção do Serviço Social em cuidados paliativos? Se sim, como se dá? Se não qual a dificuldade?
10. Você considera-se com formação na abordagem da espiritualidade no exercício profissional em cuidados paliativos? Se sim, qual formação?
11. Você tem conhecimento se a dimensão espiritual está incluída no conceito de Cuidados Paliativos emitido pela OMS? Comente por favor.
12. Você entende que a espiritualidade causa impacto na qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos? Se sim, quais sinais desse impacto você identifica?

13. Você considera importante perceber a sua espiritualidade?
14. Você considera importante que a dimensão espiritual seja legitimada como um fator de saúde e incluída nos contextos oficiais de atenção à saúde? O que te leva a pensar assim?
15. Você já vivenciou situação de dificuldades profissional em cuidados paliativos que utilizou como recurso a sua espiritualidade/religiosidade? Como se deu?
16. Você tem conhecimento de ferramentas de avaliação da espiritualidade? Quais?
17. Você tem conhecimento de ferramentas de avaliação da espiritualidade para a intervenção em Serviço Social? Quais? Utiliza?
18. Na sua percepção há conflito com as dimensões ética, política, teórica e técnica do Serviço Social na abordagem da dimensão espiritual na atenção profissional em cuidados paliativos?

ANEXOS

Anexo A - Parecer Comissão de Ética

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação ***"A Dimensão Espiritual Enquanto Direito Humano: Percepção do Assistente Social na Atenção Paliativa em Portugal"***, teve como integrante na Equipa de Investigação **Maria do Amparo** sendo que obteve o **Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde a 02-11-2021** e foi **autorizado pelo Conselho de Administração a 09-12-2022..**

Portimão, 14 de Outubro de 2022.

O Diretor de Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Francisco Serra