



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

MARIA APARECIDA FREIRE DE AVELAR

AMOR-TECENDO A PARTIDA: relato de experiência de uma doulagem da morte

CUITÉ-PB

2023

MARIA APARECIDA FREIRE DE AVELAR

AMOR-TECENDO A PARTIDA: relato de experiência de uma doulagem da morte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Glenda Agra

CUITÉ-PB

2023

A948a Avelar, Maria Aparecida Freire de.

Amor-tecendo a partida: relato de experiência de uma doulagem da morte. / Maria Aparecida Freire de Avelar. - Cuité, 2023.

61 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Glenda Agra".

Referências.

1. Voilção. 2. Morte. 3. Doula da morte. 4. Assistência terminal. 5. Doulagem da morte. I. Agra, Glenda. II. Título.

CDU 159.947(043)

MARIA APARECIDA FREIRE DE AVELAR

AMOR-TECENDO A PARTIDA: relato de experiência de uma doulagem da morte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Maria Aparecida Feire Avelar, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de APROVADA conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovada pela Banca Examaminadora

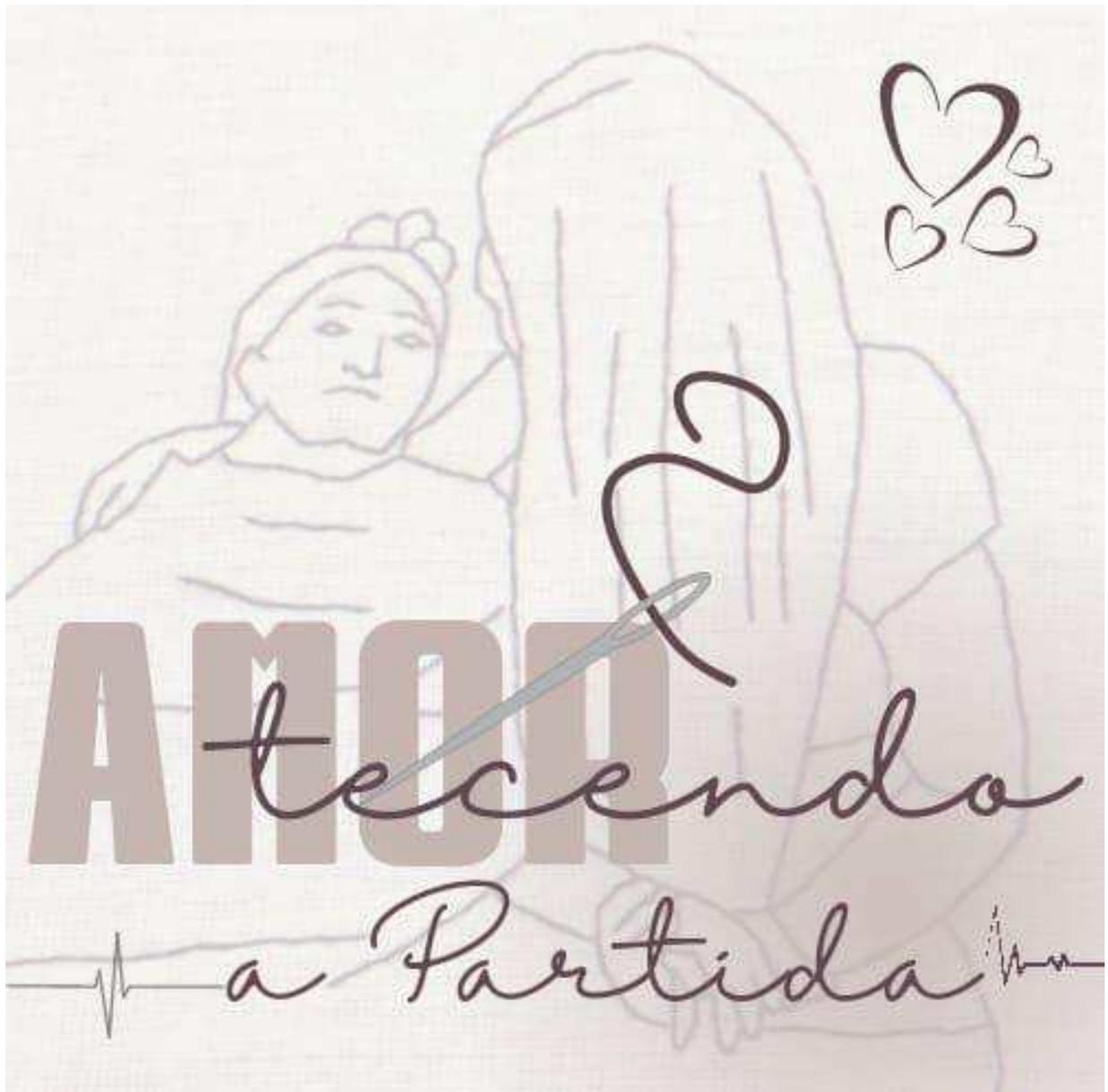
Prof^a Dr.^a Glenda Agra
Orientadora - CES/UFCG

Prof.^a Dr.^a Alana Tamar Oliveira de Sousa
Membro Interno – CES/UFCG

Prof. Elicarlos Marques Nunes
Membro Interno – CES/UFCG

Prof. Edmundo Gaudêncio
Membro Externo – CCBS/UFCG

Prof.^a Esp. Tatiane Barbieri Santana
Convidada - AmorTser



FONTE: Maria Aparecida Freire de Avelar, 2022.

Quanto a mim sou pobre e necessitado; apressa-te ó Deus em meu socorro. Tu és o meu refúgio e salvação. Javé, não te demores!
(Salmos 70:5)

À **Francisca Maria Alves Freire** (*para sempre dentro de meu coração*), minha querida e saudosa **avó Chicó**, pessoa a quem devo minha inspiração quanto à decisão da escolha deste trabalho. Meu sonho sempre foi dedicar a outrem os conhecimentos adquiridos com os cuidados realizados com você, uma vez que em tudo o que faço enxergo a senhora. Afinal, sempre foi por você e com você! Certa de que seu legado estará sempre vivo em mim e em tudo que me disponho a fazer, a nós duas encerro um ciclo de minha vida e honro-te, sempre! Te amo!

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos citando um filósofo grego, cujo pensamento descreve que “**A gratidão é a memória do Coração**” (*Antístenes*). Nesta perspectiva, exteriorizo minhas memórias como forma de gratidão pela oportunidade de viver e realizar os caminhos outrora sonhados.

À **Deus**, pois foi a Sua mão que me sustentou a nunca desistir e sempre confiar e persistir na crença esperançosa de que ‘quem acredita, sempre alcança’, pois, ‘tudo é possível aquele que crê! E, de tanto acreditar, hoje, com imensa gratidão e alegria, alcançamos o sonho que Escrevestes no livro da vida para minha história. Gratidão, Senhor, por ser O primeiro a confiar na minha capacidade de vencer e ultrapassar os desafios enfrentados no percurso do sonhar até o conseguir. Estou certa de que até aqui à Tua mão me sustentou!

Aos meus pais, **Antônio Macêdo de Avelar e Francisca de Fátima Alves Freire de Avelar**, meu alicerce, meu porto seguro, minha inspiração, a quem devo o êxito desse momento único da minha vida. Sou grata pelo incentivo, apoio, paciência, pelos dias que tiveram de acordar de madrugada para preparar o meu café, arrumar a minha bolsa com a feira da semana e me deixarem no ponto de ônibus para que eu viajasse de Araruna a Cuité em busca da minha formação profissional, por serem patrocinadores ativos na oportunidade da minha busca pelo diploma sonhado, por todo esforço, renúncia e amor que me dedicaram e continuam dedicando. Sem vocês eu certamente não chegaria até aqui. Gratidão por tudo e por tanto. Amo vocês!

Aos meus irmãos **Ângela Maria Freire de Avelar, Maria Freire de Avelar** (*para sempre em meu coração*) – minha gêmea, e **João Paulo Freire de Avelar** pela cumplicidade e apoio no decorrer de minha vida, principalmente, ao longo dos cinco anos de formação acadêmica. Vocês são luz e inspiração nos meus dias! Obrigada por serem quem são e por tudo! Amo vocês!

Aos meus avós, **José Freire de Avelar** (*para sempre no meu coração*), saudoso **vô Zezinho**, por sempre me oportunizar a realização da prática da aferição da pressão arterial, assim como, observar por meio de seu olhar a confiança no meu conhecimento acadêmico-profissional diante dos cuidados ofertados e das situações que nossa família vivenciou ao longo dos anos de meus estudos. À **Joselita Alice Macêdo de Avelar**, minha querida **vó**

Zelita, por me confiar a oportunidade e confiança em cuidá-la e acompanhá-la durante procedimentos cirúrgicos, descompensações e verificação de sinais vitais, assim como o tratamento de suas feridas. Gratidão por tanto! Foi a partir dessas experiências que me constitui a profissional que brevemente serei. A **José Freire**, meu **vô Zeca**, que demonstra total confiança nos meus estudos e todo o cuidado. Esse apoio e incentivo me impulsionam a prosseguir e ser sempre a melhor versão de mim mesma. À **Francisca Maria Alves Freire** (*para sempre no meu coração*), minha querida e saudosa **vó Chicó**, a senhora tem um pedaço do meu coração, assim como parte sua sempre estará em mim! Minha formação sempre terá sua bênção ('eu vou morrer e não vou mais lhe ver' – é a frase que ecoa em minha mente sempre que lembro da minha primeira vinda a Cuité). Eis o motivo da minha oração, pois me destes a oportunidade de estar ao seu lado durante as adversidades da vida, e, sobretudo no processo de morte e morrer. E assim foi! Sinto-me privilegiada em ter realizado as práticas de cuidados em saúde em vida e a doulagem de morte no processo de morte e morrer. Obrigada por me ensinar sobre aquilo que a academia ainda não havia me ensinado. Agradeço a todos vocês pelas memórias eternas que criaram em meu coração, em especial, aquelas voltadas aos cuidados de enfermagem.

À minha tia **Rosa**, por sempre orar por mim e torcer por minhas conquistas e sonhos. Por meio dela, acolho e agradeço a todos os tios e familiares pelo apoio e credibilidade em mim durante esses longos anos.

Ao meu amor, **David Nogueira da Silva Filho**, pelo companheirismo e cumplicidade, por todas as vezes que me acompanhou a Cuité/Campina ao longo desses anos, por me incentivar a buscar sempre a minha melhor versão, assim como oportunizar a realização de algumas delas. Gratidão por tudo e por tanto, você é participante ativo em tudo isso. Amo-te meu bem querer, és dádiva em meu viver!

Aos meus cunhados **Adinelmo**, por incentivar em mim a versão de profissional que brevemente serei e a **Daiane Nogueira**, pelo incentivo, escuta, inspiração, convites de 'cinemas em casa' para desopilar a mente e apoio, sobretudo, por me mostrar que eu posso chegar onde eu acreditar! Por meio de cada cuidado, se mantiveram como luz em meus dias, gratidão!

Aos meus amigos de curso, **Bárbara Clareliz**, **Gerlane Ribeiro**, **Jucielly Thais**, **Fernanda Félix**, **Isabel Dias**, **Caio Bismarck**, **Beatriz Giovanna**, **Matheus Wagner**, **Deivid Júnior**, **Lilian Nayara**, **Vinicius Lacerda**, **Daniele Sabrina**, **Ana Marcela**, **Eloisa**

Louhany, André Alan, Eucliza Freires, Maria Heloyse, Kadla Jorceli, Kelvyn Kennedy e Elyadina Gadelha, por dividirem os obstáculos do curso e trilharem comigo este árduo percurso o tornando este caminho mais leve. Vocês foram cais em muitos dias e momentos. Obrigada por cruzarem e fazerem história em meu caminho. Moram no meu coração!

À minha turma, agradeço a cada um, por fazerem parte deste processo de formação junto a mim e trilharem essa conquista comigo!

À minha Profa. Orientadora **Glenda Agra**, obrigada pelo aconchego de cada acolhida e partilha, por cada ensinamento passado, pelos conselhos, por segurar a minha mão e auxiliar na missão de honrar meus propósitos. Palavras são insuficientes para agradecer o quanto que fez e quanto este momento significa para mim. Obrigada por tanto e por tudo!

Aos membros da Banca Examinadora, **Profa. Alana Tamar**, pelos ensinamentos, carinho e oportunidades; ao **Prof. Elicarlos Nunes**, pelo carinho, contribuição e inspiração profissional, à **Profª Tatiane Barbieri e Prof. Edmundo Gaudêncio**, por aceitarem participar da leitura desse trabalho. Obrigada a cada um de vocês!

Aos professores do ensino fundamental ao superior, gratidão! Tudo que venho me tornando é fruto do ensino e dedicação de vocês. Agradeço à **Profa. Karis B. Guimarães**, por ser uma das primeiras a me abrir espaços no caminho acadêmico e por todo carinho; à **Profa. Gigliola Bernardo**, pelo acolhimento, confiança e oportunidade e à **Profª Adriana Montenegro**, pelo carinho, contribuição e inspiração profissional.

Aos meus amigos ‘da escola para a vida’ e primos, **Roberta Brandão, Ângelo Renner, Lucielma Costa, Jucileide Cardoso, Laís Teixeira, Erika Soares, Gilvânia Handara, Daniel Macêdo, Diego Macêdo, Julihermes Macêdo, Wellington Avelar, Andreia Freire, Janaína Freire**, minha total gratidão por acreditarem e sonharem comigo na realização deste momento ímpar. Vocês fazem parte deste processo!

Aos meus afilhados, na pessoa da minha querida ‘**Maria**’, **Flaviana Neves**, por sempre me apoiar, acreditar e incentivar ao longo desses difíceis anos. Obrigada pela escuta, acolhida, carinho e cumplicidade em tudo. Você é luz na minha vida. Amo você!

À família de **Pedro, Janaína** e seus dois anjinhos **Bento e João Pedro** (*para sempre em meu coração*) vocês me ensinaram muito, principalmente, no cuidado à saúde da família. Obrigada pelo carinho, incentivo, confiança e cumplicidade e por me fortalecerem na fé. Meus mais sinceros agradecimentos. Vocês são especiais e luz em minha vida!

Às moradoras do Apartamento 203 (Cuité - PB), **Juciele Araújo e Roberta Brandão**, vocês foram minha família e acolhida em muitos momentos e dias. Gratidão por tanto. Vocês moram no meu coração! Agradeço a cada morador que passou por lá e participou de meu processo acadêmico. Agradeço também às moradoras do Bloco M, Apartamento 406 (Campina Grande-PB), **Bárbara, Jucielly, Gerlane, Ana Marcela, Eloisa**, por dividirem comigo esta etapa final de curso. Gratidão pelo companheirismo e cumplicidade em tudo.

Aos **profissionais de Enfermagem e Equipes de Saúde** dos municípios por onde trilhei na academia, a exemplo de: Cuité, Araruna, Gameleiras, Picuí, Campina Grande e Queimadas, que enquanto preceptores contribuíram com a profissional que venho me tornando. Parte de mim sempre carregará um pouquinho de cada um de vocês!

Ao município de **Cuité/Queimadas/Campina Grande** e cada família que me acolheu nesse processo acadêmico, vocês trouxeram um gosto de lar por meio da acolhida e escuta amiga!

Ao **Núcleo de Serviço Social** do Centro de Educação e Saúde, por me ceder a contribuição monetária, por meio do Programa de Assistência Estudantil, o PAEG.

A todos que compõe a **Universidade Federal de Campina Grande**, através do Centro de Educação e Saúde - *campus* Cuité – PB, obrigada por ter realizado o meu sonho de ser Enfermeira!

A todos que de alguma forma me ajudaram durante a graduação. Meu muito obrigada!!!

Consagre ao Senhor tudo o que você faz e seus planos serão bem-sucedidos!

(Provérbios - 16:3)

RESUMO

A doula da morte é alguém que conhece e compreende a fisiologia do processo do final da vida e morte, que respeita e assegura as necessidades básicas da pessoa que está nesta etapa da vida e acima de tudo, respeita as opções desta e da sua família e amigos, apoiando nas decisões informadas e conscientes. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de doulagem de morte de uma paciente embasado na Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson*. Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e qualitativa de uma doulagem da morte de uma paciente com diagnóstico de Alzheimer e agudização clínica de um Acidente Vascular Isquêmico (AVI), durante o período de novembro de 2019 a março de 2020. A partir das situações vivenciadas, foram identificados elementos do Processo *Clinical Caritas* que se coadunaram com as práticas das doulas da morte diante do cuidado de pessoas em finitude humana. Conclui-se que o processo de doulagem da morte desenvolvido por intermédio da teoria em questão, proporcionou à pesquisadora-cuidadora acompanhar, acolher, apoiar, confortar, orientar, respeitar e ofertar à paciente uma boa morte. Acredita-se que a Teoria de Jean Watson pode servir de referencial teórico para o amparo científico das atividades e serviços das doulas da morte.

Palavras-chave: Doulas; Assistência Terminal; Morte.

ABSTRACT

The death doula is someone who knows and understands the physiology of the end-of-life and death process, who respects and ensures the basic needs of the person who is in this stage of life and, above all, respects the choices of this person and her family and friends, supporting informed and conscious decisions. The objective of this study is to report the experience of death doulaage of a patient based on Jean Watson's Theory of Human Care. This is an experience report, of descriptive and qualitative nature of a doulaage of death of a patient with a diagnosis of Alzheimer's and clinical aggravation of an Ischemic Stroke (AVI), during the period from November 2019 to March 2020. From the situations experienced, elements of the Clinical Caritas Process were identified that cohere with the practices of death doulas in the face of caring for people in human finitude. It is concluded that the process of death doulas developed through the theory in question provided the researcher-caregiver with the ability to accompany, welcome, support, comfort, guide, respect and offer the patient a good death. It is believed that Jean Watson's Theory can serve as a theoretical reference for the scientific support of the activities and services of death doulas.

Keywords: Doulas; Terminal Care; Death

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Guia para realização dos elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i>	25
-----------------	--	----

SUMÁRIO

I.INTRODUÇÃO.....	14
II.PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
2.1.Tipo de pesquisa.....	18
2.2.Cenário da pesquisa	18
2.3.Participante da pesquisa	18
2.4.Instrumento da pesquisa.....	18
2.5.Coleta de dados	18
2.6.Análise de dados	19
2.7.Considerações éticas	20
III.RESULTADOS.....	21
IV.DISSCUSSÃO.....	31
V.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXOS.....	55
ANEXO A – Roteiro para construção de relato de experiência.....	55
ANEXO B – Guia para realização dos elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i>.....	56

I.INTRODUÇÃO

Na sociedade ocidental, o tema da morte ainda é considerado tabu e portanto, precisa ser abordado nas diversas conjunturas do cuidar. Por este motivo, a educação para a morte é fundamental e refere-se a uma série de atividades educacionais para auxiliar as pessoas a desenvolver o conhecimento, atitudes e habilidades relacionadas ao morrer, a morte e ao luto (KOVÁCKS, 2021).

No que se refere aos aspectos epidemiológicos, as mortes por doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 71,0% de todas as mortes no mundo. Destas, 58,0% ocorreram em pessoas idosas com 70 anos ou mais (NARAIN *et al.*, 2018). Nas últimas décadas, as principais causas de morte foram associadas às doenças crônicas não transmissíveis, o que proporciona às pessoas tempo para discutir e se preparar para a morte (MASTERS *et al.*, 2018).

Todavia, a conscientização, a discussão da morte e a preparação dos cuidados voltados para o processo de morte entre pacientes com doença crônica e seus familiares são insuficientes. Apesar de alguns pacientes poderem se beneficiar de cuidados paliativos no futuro (ETKIND *et al.*, 2017) sua cognição e compreensão dos cuidados em fim de vida permanecem limitadas. Estudo recente revelou que menos da metade dos pacientes relatou conhecer os cuidados em fim de vida (OZDEMIR *et al.*, 2019). Isso mostra que as discussões e as comunicações relacionadas à morte são frequentemente evitadas nas famílias, uma vez que as pessoas se sintam incomodadas ou desconfortáveis (KEELEY, 2017; EGBERT *et al.*, 2017).

O papel da família é fundamental e não pode ser substituído ou ignorado durante os cuidados de fim de vida (CHENG *et al.*, 2019). A maioria dos membros da família toma decisões de cuidados de fim de vida com base em suas experiências e opiniões pessoais, em detrimento das preferências dos pacientes (KWOK; TWIN; YAN,2007).

Um estudo indicou que um terço das famílias enlutadas de pacientes com câncer se arrependeram de não terem conversado adequadamente com os seus entes queridos sobre sua morte (MORI *et al.*, 2017). A falta de conscientização, educação e de preparo técnico-científico e sensível relacionados à morte podem levar a um processo ativo de morte mais sofrido, desconfortável e indigno ao paciente e processo de luto mais difícil e mais prolongado aos familiares (WRIGHT *et al.*, 2008; COX *et al.*, 2013; YAMAGUCHI *et al.*, 2017).

O fenômeno é ainda mais difícil em ambientes hospitalares. Muitas famílias adotam uma postura paternalista, na tentativa de “proteger” seus entes queridos do sofrimento

imputado pelo diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida e/ou prognóstico de processo ativo de morte e se recusam em falar a verdade e/ou omitem informações que são imprescindíveis para o paciente que está morrendo (CHENG, 2018). Nesse caso, falar abertamente sobre a morte não é fácil para profissionais médicos, pacientes e familiares.

Dessa forma, pensar e discutir o processo de morrer envolve, para além da dimensão clínica que atesta o fim da vida, um cuidado com todos os aspectos que possibilitam dignidade e conforto para quem morre e para aqueles que precisam continuar vivendo; isto é, a família enlutada pela perda e os profissionais de saúde no exercício necessário de saber perder (SILVA, 2016; SONEGHET, 2020).

Cuidar do morrer implica em buscar assegurar dignidade e conforto até o último minuto da vida do paciente. Para isso, é preciso que haja um ambiente apoiador e acolhedor, que ajude a minimizar as dores, a aliviar a angústia e a reduzir danos evitáveis, decorrentes de um corpo em declínio progressivo, permitindo uma travessia serena (SILVA, 2016; SONEGHET, 2020).

Com base nessa conjuntura, assumir o papel de cuidador pode ser não apenas gratificante, mas também desafiador, complexo e exigente (ROSENBERG *et al.*, 2015; RAWLINGS *et al.*, 2019a). Com uma maior dependência de assistência no final da vida (BROWN; WALTER, 2014), em conjunto com uma escassez de força de trabalho em cuidados paliativos, as pessoas que estão morrendo e suas famílias estão encontrando apoio e suporte nas doulas da morte, para apoiá-los nos cuidados físicos, emocionais, sociais e espirituais do ente querido (RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021).

A doula da morte é alguém que conhece e compreende a fisiologia do processo do final da vida e morte, que respeita e assegura as necessidades básicas da pessoa que está nesta etapa da vida e acima de tudo, respeita as opções desta e da sua família e amigos, apoiando nas decisões informadas e conscientes (ELLIOT, 2014; RAWLINGS *et al.*, 2019a; RAWLINGS *et al.*, 2019b; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021).

O papel da doula da morte é acompanhar a pessoa que em processo de terminalidade, os seus entes queridos e amigos, durante os últimos anos, meses, semanas e/ou dias de vida, fornecendo apoio físico, espiritual, educativo e informativo para aqueles que aceitam e abraçam o processo de morte e morrer como um período da vida, não apenas um final abrupto (ELLIOT, 2014; RAWLINGS *et al.*, 2019a; RAWLINGS *et al.*, 2019b).

Nesse sentido, como forma de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho das doulas da morte, foi realizada uma busca em periódicos bilíngues indexados em bases de dados e bibliotecas científicas on-line, utilizando-se as palavras-chaves “doula da morte”; “doulas de

fim de vida”; “terminalidade”; “processo de morte”; “processo de terminalidade” “finitude humana”; “assistência terminal” e “cuidados paliativos” conectadas estrategicamente com os operadores booleanos AND, OR e AND NOT, no espaço temporal de 2000-2020, e não há estudos sobre a importância e papel das doulas da morte no Brasil.

Além da lacuna observada na literatura brasileira sobre estudos relacionados à importância, definição, atribuições das doulas da morte e na experiência vivenciada no processo de doulagem da morte de uma paciente, idosa, com diagnósticos médicos de Alzheimer e agudização e complicações de um Acidente Vascular Isquêmico (AVI), pude observar o desconhecimento da existência dos serviços ofertados pelas doulas da morte, a fragilidade no processo de educação permanente e prática assistencial das equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, que atenderam a referida paciente no itinerário diagnóstico, terapêutico e de terminalidade.

Nesta perspectiva, se faz premente publicações de estudos que norteiem a prática da doulagem da morte, de forma a quebrar os muros do desconhecimento sobre a temática em tela, criando pontes interventivas no que tange a este processo de doular a morte de alguém, numa perspectiva política-social-assistencial de que todo e qualquer cidadão em terminalidade tem o direito humano de ser assistido de forma holística, empática e humanizada.

Além disso, ao adentrar no mundo universitário e cursar a disciplina de Cuidados Paliativos e Enfermagem, pude me debruçar e compreender a importância das teorias de enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Cuidar. Dentre as teorias estudadas, a Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson* e o seu *Processo Clínico Caritas* foi aquela que descortinou o meu olhar para a compreensão do processo de doulagem de morte que vivenciei com a paciente em tela.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de doulagem de morte de uma paciente, idosa, com diagnósticos médicos de Alzheimer e Acidente Vascular Isquêmico (agudização e complicações), que a levaram à óbito, embasado na Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson*.

Diante do exposto, considera-se este estudo relevante para a prática assistencial de enfermagem e das doulas da morte, uma vez que se encontra alicerçada na necessidade de refletir sobre o processo de cuidar e de doulagem da morte, com vistas a suscitar e subsidiar mudanças no processo do cuidado humano e no processo de morte e morrer.

No que se refere ao processo de formação, o relato de experiência pode facilitar a compreensão quanto à aplicabilidade de uma teoria da enfermagem e sua relação com as

necessidades de pacientes e familiares que vivenciam o processo de cuidado humano e de terminalidade.

II.PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um relato de experiência, descritiva, de natureza qualitativa. O relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

A produção de estudos tem como finalidade contribuir para o progresso do conhecimento, sendo assim tornam-se relevantes trabalhos que abordem a sistematização da construção de estudos da modalidade relato de experiência uma vez que o saber científico contribui na formação do sujeito e a sua propagação está relacionada com a transformação social (CÓRDULA; NASCIMENTO, 2018).

Então, o relato de experiência em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante) (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

2.2. Cenário da pesquisa

Os locais utilizados para as intervenções de doulagem da morte foram unidades de pronto atendimento, hospitais e domicílio da paciente.

2.3. Participante da pesquisa

Trata-se de uma paciente idosa, apresentando sequelas irreversíveis diante da agudização do quadro clínico da Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e com diagnóstico de Alzheimer, em processo de terminalidade, que faleceu em 30 de março de 2020.

2.4. Instrumento da pesquisa

Para a elaboração do relato de experiência foi o utilizado o roteiro de Mussi; Flores e Almeida (2021) e o guia para realização dos elementos do Processo *Clinical Caritas* (TONIN *et al.*, 2017). Composto por todos os elementos *Processo Clinical Caritas*, o guia foi delineado num *layout* com 10 linhas e duas colunas, decodificando cada componente estrutural no seu enunciado com suas respectivas manifestações de cuidado (TONIN *et al.*, 2017).

2.5. Coleta de dados

A doulagem da morte aconteceu no período de novembro de 2019 a março de 2020. Para a implementação da doulagem da morte realizou-se, inicialmente, a coleta da biografia da paciente, que incluiu história pessoal e familiar, história das doenças atuais, anamnese, exame físico, verificação de sinais vitais, exames laboratoriais e complementares. Além disso, buscou-se identificar as dificuldades do paciente e de sua família em lidar com o processo de adoecimento e dos prognósticos, bem como a observação da rede de apoio existente no território em que o serviço da Atenção Básica estava alocado. A identificação das redes de apoio (UBS, NASF, SAMU, Hospital Municipal e Estadual), da relação da paciente e seus familiares como ambiente e a compreensão do processo de adoecimento e de morte e morrer oportunizou a aplicação de um modelo de cuidado que supriu as lacunas entre os serviços de saúde e a paciente e sua família.

2.6. Análise de dados

Para analisar os dados foi utilizado o referencial teórico do *Processo Clinical Caritas (PCC)*, da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE..., 2022).

O *Processo Clinical Caritas (PCC)* é composto por 10 elementos, citados a seguir: Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado; Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado; Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego; Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança; Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada; Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (*healing*); Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro; Criar um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados; Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando "o cuidado humano essencial", que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado; Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado (WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE..., 2022).

Neste contexto, o relato de experiência correlacionou as intervenções da doulagem da morte de uma paciente com os dez elementos do Processo *Clinical Caritas (PCC)*.

2.7. Considerações éticas

Como se trata de um relato de experiência, não houve necessidade do projeto ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas, contudo os preceitos éticos presentes nas normativas de pesquisas científicas que envolvem seres humanos foram respeitados, assim como, fora assegurado o sigilo quanto à identidade dos envolvidos.

III.RESULTADOS

Os resultados do estudo em tela estão didaticamente separados em dois momentos: o primeiro descreve os cuidados de doulagem da morte realizados pela pesquisadora levando em consideração as dimensões biopsicossocial, espiritual e educativa, e, o segundo, que integra os cuidados de doulagem no contexto do Processo *Clinical Caritas (PCC)*.

3.1 - Momento 1 - Relato de experiência

O relato de experiência descrito trata-se de um processo de doulagem de morte de uma idosa com diagnósticos médicos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e Alzheimer. A paciente apresentou complicações agudas de AVCI em 13 de novembro de 2019, que progrediram clinicamente, o que desencadeou piora do quadro e óbito, em 30 de março de 2020. Durante todo o percurso de adoecimento, processo ativo de morte, morte e pós-morte foram realizados cuidados com vistas à qualidade de vida e de morte da paciente.

A fim de facilitar o entendimento da doulagem da morte, os cuidados e as tarefas foram divididos em dimensões biofísicas, psicoemocionais, sociais e espirituais, que estão listados a seguir:

Dimensão Biofísica:

Durante o processo de adoecimento:

- Verificação de sinais vitais (SSVV) duas vezes ao dia;
- Verificação de saturação periférica de oxigênio (SpO2) três vezes ao dia ou mais, dependendo dos sinais de descompensação clínica;
- Verificação de hemoglicoteste (HGT) duas vezes ao dia;
- Avaliação de sinais e sintomas, como por exemplo, sinais de hemorragia digestiva alta (HDA) e baixa (HDB);
- Realização de higiene oral e íntima sempre que necessário; de banho no leito e de hidratação da pele;
- Preparação de dietas laxativas e ricas em vitaminas (quando a alimentação era por via oral);
- Realização da manobra de *Heimlich* quando a paciente se engasgou;
- Administração de alimentação por via oral, e, depois, por sonda nasogástrica (SNG);
- Esvaziamento de bolsa coletora de sonda vesical de demora (SVD);
- Realização de curativos na lesão por pressão;
- Realização de troca de fraldas;

- Realização de medidas de conforto, tal como massagens nas pernas;
- Limpeza e organização do quarto e da casa;

Durante o processo ativo de morte:

- Acompanhamento e vigília do processo ativo de morte, que durou 72h;

Pós-morte:

- Realização de cuidados com o corpo pós-morte em domicílio (remoção das sondas, higienização do corpo, tamponamento dos orifícios);

Dimensão Psicoemocional:

- Apoio emocional e acolhimento de emoções e de sentimentos da paciente e seus familiares durante o processo de adoecimento, processo ativo de morte, morte e luto;
- Identificação das queixas, preocupações, angústias e temores da paciente e da família através da escuta qualificada;
- Auxílio nas rodas de conversa com familiares e amigos com o objetivo de contarem histórias e experiências de vida que tiveram juntos (esses momentos eram promovidos durante a recepção de visitas de familiares);
- Realização de atividades junto à paciente, como orações; leitura de passagens bíblicas e assistir às novelas;
- Realização de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como tocar músicas de preferência da paciente e reflexologia podal;
- Estímulo à participação dos familiares durante o processo ativo de morte;
- Apoio emocional aos familiares durante o luto.

Dimensão Social:

- Acompanhamento da paciente durante o traslado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e nas internações hospitalares;
- Acompanhamento da paciente às consultas médicas, nutricionais e fisioterápicas;
- Explicação dos sinais clínicos da paciente à equipe médica, tais como: faces e posturas de dor, sinais de infecção urinária e de sangramentos digestivos por via alta e baixa;
- Intermediação entre a família e os serviços médico-hospitalares para a aquisição de cama hospitalar; equipamentos de aspiração orotraqueal e hidratação venosa;

- Transmissão de informações e explicações sobre o quadro clínico, a progressão da doença e os sinais do processo ativo de morte da paciente aos familiares;
- Auxílio nas atividades administrativas, tais como: realização de pagamentos (pagamento das contas de água e energia, realização de compras (medicamentos, dietas alimentares, fraldas e produtos alimentícios);
- Auxílio à família durante o velório e o sepultamento;
- Auxílio na organização de documentos jurídico-legais, como a certidão de óbito;

Dimensão Informativa-educacional:

- Explicação aos familiares sobre as necessidades, os tratamentos e os cuidados voltados para a paciente;
- Explicação aos familiares sobre os sinais premonitórios da morte da paciente;
- Orientação aos familiares sobre os cuidados voltados durante o processo ativo de morte da paciente, tais como toques, abraços, despedidas e visitas para o último adeus;
- Transmissão aos familiares sobre os últimos desejos da paciente, bem como o respeito à sua realização;

Dimensão Espiritual:

- Escuta ativa e respeito aos últimos desejos da paciente, como morrer em casa; não forçar a alimentação, mesmo que os familiares exigissem; não deixar a paciente sozinha nas horas finais de vida; segurar sua mão durante o processo ativo de morte; acender uma vela e realizar uma oração durante os últimos minutos de vida; vestir a roupa de sua preferência para o sepultamento e colocar um terço em suas mãos dentro do féretro);
- Respeito às crenças religiosas, espirituais e culturais no final da vida, como rezar o terço da misericórdia e ler os versículos bíblicos preferidos da paciente;
- Apoio espiritual à paciente durante o processo ativo de morte, tais como condução de momentos de agradecimento pela vida, pelas pequenas vitórias no dia; auxílio na resolução de pendências psíquicas (perdoar-se e pedir perdão), sociais (despedida da irmã e do neto) e espirituais (sentir-se sem medo e em paz);
- Preparação da paciente para a morte junto à sua família – nos três dias antecedentes à sua morte, a paciente não dormia, uma vez que tinha medo de dormir e não acordar

mais e mostrava-se muito cansada, apresentando sinais premonitórios da morte (sudorese fria, olhos fixos, dificuldade de respirar). Nesse momento, solicitou-se a permanência dos familiares no entorno da paciente para, juntos, rezarem pela paciente.

- Auxílio à paciente durante os últimos momentos de vida a encontrar a paz e a aceitação da morte – nesse momento, a doula da morte segurou a mão da paciente, relembrou que os seus desejos estavam sendo cumpridos, que estava em casa e não estava sozinha, cantou e orou pelo descanso eterno.

3.2 - Momento 2 – Processo *Clinical Caritas*

O Processo *Clinical Caritas* (PCC) é fundamentado em dez elementos, que consideram o ser cuidado como sagrado, ou seja, integrante do universo e do divino (WATSON, 2006). De acordo com esses elementos, a pessoa que recebe o cuidado merece ser reconhecida com delicadeza, sensibilidade e amor (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013; SANTOS *et al.*, 2014), enquanto a pessoa que oferece o cuidado estabelece uma relação de ajuda-confiança, que transcende o papel profissional e se coloca inteiramente presente para o cuidado (WATSON, 2006).

A partir do relato de experiência exposto, utilizou-se o guia de Tonin *et al.* (2017) para integrar os cuidados de doulagem de morte aos elementos do Processo *Clinical Caritas* (PCC), que estão descritos no Quadro 1

Quadro 1 – Guia para realização dos elementos do Processo *Clinical Caritas*. Cuité – PB, 2022.

10 Fatores Caritativos	Elementos	Manifestações de cuidados realizados durante a doulagem de morte
Valores humanísticos altruístas	Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Promoveu-se uma relação de carinho com a paciente e seus familiares, acompanhando-os em todas as fases do processo de terminalidade – desde os diagnósticos até a morte propriamente dita e luto dos familiares; - Utilizou-se contato visual apropriado e toque com delicadeza durante os cuidados físicos, sobretudo quando apresentava fáceis de dor e em momentos de angústia; - Transformaram-se tarefas em interações, tal como recordou-se à paciente de como levar a alimentação à boca e a pentear os cabelos; - Utilizou-se uma linguagem calma para conversar com a paciente, bem como pausas e silêncio quando eram necessários, como por exemplo, estimulava-se a paciente a conversar sobre as novelas, e, utilizou-se o silêncio, quando a paciente cochilava e/ou não queria conversar; - Buscou-se sempre escutar e prestar atenção às preocupações, angústias e queixas dos familiares e amigos, - Utilizou-se sempre uma linguagem acessível para comunicação com os familiares;
Cultivo da fé e da esperança	Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser	<ul style="list-style-type: none"> - Integrou-se à realidade vivenciada e conectou-se com a paciente de forma autêntica, usando a empatia e a compaixão;

	cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Obteve-se genuína intensão de cuidar, uma vez que, ao longo dos meses de doulagem da morte, a pesquisadora priorizou cuidar da paciente em detrimento de outras atividades próprias; - Demonstrou-se respeito por si e pelos outros durante todo o processo de adoecimento, morrer e morte da paciente, como por exemplo, não se emitiu nenhum juízo de valor contrário ao da paciente e seus familiares; - Incentivou-se a paciente acreditar em si mesma, como por exemplo, estimulando-a nos pequenos sucessos diários obtidos durante a progressão da doença (a paciente lembrou memórias esquecidas e saiu da alimentação por sonda nasogástrica para a via oral);
Cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros	Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego	<ul style="list-style-type: none"> - Realizaram-se rodas de conversas com os familiares da paciente e os amigos que a visitavam, de forma que todos pudessem se despedir da paciente, abrindo espaço para a resolução de pendências afetivas e para o perdão; - Estimulou-se à autorreflexão a partir das orações realizadas à beira leito junto com a paciente e seus familiares; - Desenvolveram-se rituais significativos para a prática do perdão de si da própria paciente, que, por um breve momento de fala, foi concretizado; - Estimulou-se a paciente a aceitar a si mesmo e aos outros em um mesmo nível espiritual, como único e digno de respeito e carinho; - Promoveu-se receptividade às necessidades espirituais e

		sentimentos da paciente, e, posteriormente, a concretização destes, tais como rezar os salmos, o terço da misericórdia, acender uma vela;
Desenvolvimento de ajuda-confiança	Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança	<ul style="list-style-type: none"> - Em todos os cuidados assistenciais ofertados buscou-se uma comunicação respeitosa (verbal e não verbal), sobretudo, com sorrisos e toques terapêuticos; - Buscou-se ofertar o cuidado de forma genuína, com atenção plena, acalmando a paciente, sobretudo, durante o traslado na ambulância e nas internações hospitalares (urgências); - Buscou-se sempre chamar a pessoa por seu nome preferido (pelo seu apelido, como popularmente a conheciam); - Disponibilizou-se a estar sempre presente mediante os momentos de cuidados, para explorar todas as possibilidades, sobretudo nas consultas médicas e de fisioterapia; - Disponibilizou-se a realizar atividades administrativas da casa, tais como pagamento de despesas ordinárias e compras de medicamentos, curativos e produtos alimentícios; - Buscou-se sempre a estimulação da aceitação do momento vivenciado, principalmente, nos momentos finais da vida da paciente;
Promoção de aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos	Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivou-se narrativas (contação de histórias) na perspectiva de proporcionar à família uma forma de expressar sentimentos e entendimento sobre o momento vivenciado (a paciente não verbalizava, devido ao quadro de mudez, complicação do AVCI, mas era a protagonista das histórias);

		-Estimulou-se à reflexão de sentimentos e de experiências, sobretudo na vigília das últimas horas de vida, a exemplo da filha da paciente, que decidiu se ausentar do momento final da morte da mãe, com a justificativa que não suportaria vê-la morrer;
Uso sistemático de informação científica na resolução dos problemas	Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (<i>healing</i>)	<p>- Buscou-se criar um ambiente de reconexão com a paciente, a partir da organização e limpeza da casa e de seu quarto;</p> <p>-Utilizaram-se estratégias para proporcionar conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e troca de energia, tais como auxílio no banho da paciente; posicionar a paciente em posição de Fowler à cama para alimentar-se por via oral;</p> <p>- Buscou-se realizar a promoção de uma relação de respeito, atenção, disposição de estar juntos e criar um espaço para gerar a integridade e a reconexão de si da própria paciente, como por exemplo, acompanhá-la até o último suspiro de vida, lendo o salmo desejado; fechar os olhos que se mantiveram abertos depois da morte;</p> <p>- Realizou-se todos os cuidados com o corpo pós-morte com delicadeza e respeito;</p>
Promoção de ensino-aprendizagem	Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro	- A partir das consultas médicas, nutricionais e fisioterápicas, a pesquisadora, por ser acadêmica de enfermagem, realizou alguns cuidados, tais como: verificação de SSVV, de SpO2, HgT, administração de medicamentos, higiene oral, corporal e íntima, hidratação corporal, alimentação por sonda nasogástrica, esvaziamento de bolsa coletora de sonda vesical, limpeza e curativo de lesão por pressão; mudanças de decúbito; cuidados para prevenção de novas lesões por

		<p>pressão; técnicas para evitar atrofia muscular;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconheceu-se as fragilidades da paciente, tais como os sintomas físicos (lesão por pressão; sinais de infecção urinária, sangramento digestivo por via alta e baixa) e sintomas psíquicos (medo da morte); -Criou-se espaço para que as conexões humanas ocorressem naturalmente, tal como a visita de um neto e de uma irmã para se despedirem;
<p>Previsão para um apoio, proteção e ambiente</p>	<p>Criar um ambiente de reconstituição (<i>healing</i>) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buscou-se o pensamento criativo, imaginativo e crítico para desenvolver a expressão do cuidado humano, como por exemplo: o uso de chá de eucalipto para melhorar a congestão pulmonar; o toque terapêutico a partir de massagens e reflexologia podal e uso de instrumento musical (violão) para tocar as músicas preferidas da paciente; - Utilizou-se o conhecimento para proporcionar ambientes que promovessem <i>healing</i>, tais como: toque intencional, voz calma e suave, presença autêntica, uso de músicas preferidas, contato visual apropriado, gestos positivos, escuta e observação ativa;
<p>Assistência na gratificação das necessidades humanas</p>	<p>Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreendeu-se as necessidades da paciente a partir de sua biografia; - Buscou-se satisfazer as necessidades da paciente, tais como os cuidados físicos, emocionais, sociais, espirituais e informativos/educativos realizados; - Considerou-se o momento de realização de cuidados biopsicossociais e espirituais durante o processo de

		adoecimento, morrer e morte como uma honra, um privilégio e um ato sagrado;
Provisão para dimensões existenciais e espirituais	Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Buscou-se durante o cuidado ofertado saber o que era importante para a paciente, tal como segurar sua mão e não deixar a paciente sozinha durante o processo ativo de morte; - Compreendeu-se as limitações da ciência, ou seja, explicou-se à paciente e aos familiares sobre o prognóstico e todos os cuidados que seriam realizados até a sua morte; - Acreditou-se no poder curativo da fé e da esperança, a exemplo dos progressos obtidos no quadro clínico e no tempo de sobrevivência maior do que o prognóstico estabelecido pelo médico assistente.

IV.DISSCUSSÃO

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, amplamente utilizada nos cuidados de Enfermagem mundial, fundamentada na perspectiva holística e na psicologia transpessoal, possui um profundo sistema de valores construído sobre uma ética contínua epistêmica e ontológica, com uma visão de mundo unitária. A essência principal da teoria é o cuidado transpessoal vivido/experenciado no momento do cuidado (WATSON, 2018).

O termo transpessoal refere-se a um "espírito dinâmico e energético manifestando aspectos de ser e de se tornar no momento de cuidar". É guiado pela ética subjacente e visão de mundo da unidade de consciência; o cuidado transpessoal, a partir da perspectiva *caritas*, reconhece o amor como o mais alto nível de consciência e a fonte de todo *healing* (restauração) (WATSON, 2018).

Cuidado Transpessoal também significa "além do ego", "dar e receber vida", pelo qual a pessoa (profissional) está autenticamente presente no momento do cuidado, conectando-se com o ser cuidado e abrindo-se ao campo infinito de possibilidades (WATSON, 2012).

Esta unidade de consciência ou consciência *caritas*, significa estar verdadeiramente presente para que o momento de cuidado seja transpessoal e assim ir além do ego de cada um, eles constituem um eterno agora. Um "eterno agora" une passado, presente e futuro no "momento agora" (SITZMAN; WATSON, 2018; WATSON, 2018).

O elemento 1 do PCC ressalta que o profissional pratique o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado, ou seja, o cuidar deve estar alicerçado em um conjunto de valores humanísticos-altruístas que incluem em bondade, empatia, preocupação e amor por si e pelo próximo. Estes derivam de experiências da infância e são aprimorados por crenças, culturas e artes. Os valores altruístas surgem do compromisso e da satisfação de receber por meio da doação. Eles trazem significado à vida de uma pessoa por meio de suas crenças e de seus relacionamentos com outras pessoas. Tais sentimentos e atitudes são pedras basais para o cuidar humano e promovem o melhor cuidado profissional e, como tal, constituem o primeiro e mais básico aspecto para a ciência e a ética do cuidar (WATSON, 2007).

Do ponto de vista ético e estético, a ação de cuidar é uma ação humana, que, por definição, é, *a priori*, boa e bela. Boa porque é uma ação responsável e é bela porque é uma ação harmônica e equilibrada (ROSELLÓ, 2009).

Cuidar de alguém, acompanhar uma pessoa vulnerável é exercer a responsabilidade ética; é preocupar-se com o outro e assumir essa preocupação como um dever moral e não

unicamente como um sentimento de proximidade para com essa pessoa. Precisamente, porque a ação de acompanhar e de cuidar implicam responsabilidade e tem um caráter inevitavelmente ético, além de antropológico, psicológico, social e espiritual (ROSELLÓ, 2009).

No contexto do cuidar, é relevante mencionar que um cuidador deve ser sensível e habilitado para a ajudar e apoiar nas circunstâncias de vulnerabilidade e, nesse sentido, o cuidar tem seu ponto de máxima importância, pois os esforços para buscar a restauração vão além da ordem física, representando apoio e permitindo que o outro, o ser cuidado, seja ele mesmo, em sua própria especificidade, em sua singularidade. A cuidador busca, em última análise, manter a integridade do ser vulnerável, independente do que resulte sua condição, seja de cura ou seja de alívio em fase de terminalidade. A ajuda manifesta-se no manejo em cuidar do sofrimento, de incapacidades e de limitações ou, ainda, no caso de apoio, em estados de medo e ansiedade, entre outras condições (WALDOW; BORGES, 2008).

Nesse sentido, se faz necessário inserir a doula da morte neste contexto ético e estético do cuidar, uma vez que a doula, é, por definição do termo, mulher que serve, mas o cuidado pode ser qualquer profissional que acompanhe, apoie e defenda pessoas em processo de morte (RAWLINGS *et al.*, 2021).

Doulas da morte são consideradas colaboradores solidários, com experiência e maturidade necessárias para cuidar de pessoas durante o processo de adoecimento, processo ativo de morte, morte propriamente dita e luto, visando uma qualidade de morte e ‘boa morte’, a partir de uma perspectiva de cuidado empático, compassivo, holístico e integral do ser humano (CORPORON, 2011; FUKAZAWA; KONDO, 2017; RAWLINGS *et al.*, 2019a; RAWLINGS *et al.*, 2019b; KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALOON, 2022; RAWLINGS *et al.*, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021; FRANCIS, 2021).

O cuidado empático e compassivo são características do cuidar estético, que pressupõe técnica, intuição e sensibilidade. No exercício do cuidar empático e compassivo, a ternura é fundamental, pois a pessoa doente, precisamente por seu estado de vulnerabilidade, necessita de ternura e deseja ser tratada com delicadeza e com sensibilidade. Tal sensibilidade não se refere à capacidade perceptiva do ser humano, mas à sua capacidade expressiva e comunicativa para com o outro (ROSELLÓ, 2009).

A atitude interativa de cumprimentar, estimular, escutar, aceitar, atender, olhar nos olhos, sorrir, tocar com delicadeza, valorizar as reações ao cuidado, ter cuidado com as palavras para evitar equívocos são exemplos de atitudes que cuidadores podem realizar, levando em consideração o elemento 1 do PCC (MEDEIROS *et al.*, 2012).

Sob esta ótica, pode-se inferir que a pesquisadora-cuidadora atuou como doula da morte dentro da perspectiva da Teoria do Cuidado Humano, levando em consideração o elemento 1 do PCC, quando promoveu uma relação de carinho com a paciente; utilizou contato visual apropriado, toque terapêutico com delicadeza, linguagem calma e acessível com a paciente, bem como escuta e atenção terapêutica às preocupações, angústias e queixas dos familiares.

Já o elemento 2 do PCC designa o cuidado autêntico embasado no fortalecimento e respeito ao sistema de crenças do ser cuidado. Nesse sentido, as crenças do paciente devem ser encorajadas, honradas, respeitadas e vistas como influências significativas na promoção e manutenção da saúde. Através deste pensamento compreende-se que independente dos cuidados biofísicos adotados para a recuperação do estado clínico do ser cuidado – sobretudo quando centrados nos preceitos biomédicos - deve-se incentivar a fé e a esperança no sistema de crenças da pessoa, principalmente quando a pessoa não apresenta possibilidade de cura da doença. (WATSON, 2018).

A estimulação é defendida por Watson não só como essencial para os cuidados curativos, mas também para os paliativos (WILL, 2017), pois a modalidade avançada de cuidado transpessoal honra a totalidade, o conforto, o equilíbrio, a harmonia e o bem-estar do ser cuidado (SILVA; LANA, 2021).

Já o cuidado autêntico mencionado por Watson (2018) é considerado como a essência da presença, ou seja, um elemento estrutural da existência, que se constitui pelo desvelo, zelo, atenção, afabilidade, atitudes que a pesquisadora-cuidadora disponibilizou quando foi ao encontro da paciente, com solicitude (preocupação), compreendida como colocar-se antecipadamente em relação a outra coisa, no sentido de importar-se, ter o propósito de fazer algo, ou de ir em busca do cuidado (HEIDEGGER, 2006).

A partir da atenção plena do cuidado autêntico, Watson (2018) ressalta que o cuidador deve estimular a fé e a esperança, respeitando o sistema de crenças e a espiritualidade da paciente. Nesse sentido, a fé pode conceituada como uma força transcendente que ajuda uma pessoa superar fases difíceis da doença, reforçando a confiança em suas próprias energias, com o propósito de continuar vivendo. Além disso, proporciona melhora no quadro clínico, auxilia na recuperação, assim como na sobrevida do paciente (GONÇALVES *et al.*, 2022).

Já a esperança relaciona-se com as questões de bem-estar, qualidade de vida, sobrevida e provê força interior para resolver problemas e enfrentamentos como perda, solidão e sofrimento. Nesse contexto, a esperança pode ser um fator importante no ato de cuidar e um elemento que motiva a acreditar que pode agir de maneira diferente frente à nova

realidade, bem como a aceitação e o enfrentamento dos obstáculos da vida (SOUZA *et al.*, 2017).

Na transmissão da esperança é fundamental o conhecimento anímico da pessoa vulnerável e em virtude deste estado deve-se tomar a decisão mais adequada no que diz respeito à comunicação da verdade. A práxis da esperança deve partir do conhecimento profundo da realidade, da análise pormenorizada da doença que sofre e a partir dessa informação, o cuidador deve praticar a esperança e quando não há, então deve ajudar o paciente a aceitar a situação e construir sentido a partir de suas convicções e crenças (ROSELLÓ, 2009).

A utilização da fé-esperança permite a promoção e a aceitação da expressão dos sentimentos positivos e negativos do ser cuidado e do cuidador, visto ser associada com o grau de congruência entre o eu percebido e o vivenciado pelo paciente ou pelo cuidador (SILVA; LANA, 2021).

Ademais, o sistema de crenças diz respeito ao modo como as pessoas buscam e expressam o sentido, o significado da vida, bem como o modo como vivenciam a conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o transcendente ou com o sagrado (GONÇALVES *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, as doulas da morte têm em seu trabalho, uma disposição pessoal para o cuidado autêntico, já que disponibilizam tempo e atenção plenos, em defesa e respeito às crenças religiosas, espirituais e aos aspectos culturais relativos ao processo de morte e morrer (FUKUZAWA; KONDO, 2017; KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021; RAWLINGS, 2021); conversam com o paciente sobre seus valores (CORPORON, 2011; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021) e suas crenças espirituais, resgatando a espiritualidade (CORPORON, 2011; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021) e o sagrado (KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALLON, 2021) e auxiliam a pessoa que está morrendo a encontrar a paz e a aceitação da morte (GASPARD; GADSBY; MALLMES, 2021; MALLON, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021)

Nesta perspectiva, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora realizou cuidados autênticos dentro do contexto do elemento 2 do PCC, uma vez que estimulou a fé e a esperança, defendeu e respeitou o sistema de crenças da paciente; esteve genuinamente presente durante todo o processo de doulagem, com atenção plena voltada para a paciente e seus familiares; realizou todos os desejos solicitados previamente pela paciente e não emitiu nenhum juízo de valor relacionado às práticas religiosas e espirituais.

O elemento 3 do PCC está relacionado ao cultivo de práticas espirituais próprias e do eu transpessoal, indo além do próprio ego. Entende-se que tal elemento só possa ser desenvolvido por meio da sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros, a partir do reconhecimento e exploração dos sentimentos - positivos e negativos no entorno do eu. A sensibilidade do eu não só leva à autoaceitação e ao crescimento psicológico de si, mas também à sensibilidade e aceitação dos outros (WATSON, 2018).

O despertar do cultivo da sensibilidade em relação a si e ao outro possibilita explorar a necessidade de sentir a emoção como ela se apresenta, favorecendo a interação e proporcionando autenticidade no autocrescimento e na autorrealização de ambos os envolvidos na relação de cuidado (WILL, 2017).

Pelo exposto, é possível compreender, que é a partir da empatia que o cuidado transpessoal pode ser realizado e mantido, visto que para atingir os objetivos deste cuidado é primordial que o cuidador reconheça, respeite e defenda a biografia de vida do paciente, bem como estimule-o a ser protagonista de seu processo (SAVIETO; LEÃO, 2016).

No cuidado transpessoal, além da empatia, a confiança entre o paciente e o cuidador é pedra basilar. Confiar é ter fé em alguém, em seu ser e em sua biografia. É a partir da confiança existente entre o ser cuidador e o ser cuidado (eu transpessoal), que o cuidador abre espaço para acolher e ouvir o paciente, sua história de vida, suas emoções e sentimentos. A confiança é o meio pelo qual se chega à solicitude (preocupação), e somente a solicitude de uns para com os outros pode humanizar realmente a existência (ROSELLÓ, 2009).

Nesse contexto, as doulas da morte realizam escuta ativa e empática e presença compassiva (CORPORON, 2011; RAWLINGS *et al.*, 2019a; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021); acolhem as emoções e os sentimentos dos pacientes e de seus familiares (MALLON, 2021; FRANCIS, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021), durante o diagnóstico (PAGE; HUSAIN, 2021), o processo ativo de morte (FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021), o pós-morte e o luto (FRANCIS, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021), bem como estimulam rodas de conversas com amigos a fim de contarem histórias e experiências de vida (CORPORON, 2011; FUKUZAWA; KONDO, 2017; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; RAWLINGS *et al.*, 2019a) que tiveram juntos.

Além disso, as doulas da morte oferecem um conjunto específico de habilidades, em particular, o tempo pessoal (FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021; RAWLINGS *et al.*, 2019a), para fazer companhia (FRANCIS, 2021; GASPARD; GADSBY, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021; RAWLINGS *et al.*, 2019a); para ouvir (PAGE; HUSAIN, 2021; MALLON, 2021) apoiar na tomada de decisão (CORPORON, 2011;

FUKUZAWA; KONDO, 2017; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN; 2021; RAWLINGS *et al.*, 2019a), respeitam os desejos (FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN; 2021) e defendem os interesses do paciente (FUKUZAWA; KONDO, 2017; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN; 2021) e da família durante todo o processo de morte e morrer (CORPORON, 2011; FUKUZAWA; KONDO, 2017; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN; 2021; RAWLINGS *et al.*, 2019a).

A partir dessa conjuntura, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora agiu como doula da morte dentro do contexto do elemento 3 do PCC, uma vez que estimulou à paciente à autorreflexão a partir das orações realizadas à beira leito; desenvolveu rituais para a prática do perdão de si da paciente; estimulou à paciente a aceitar a si mesmo e aos outros em um mesmo nível espiritual, abrindo espaço para a resolução de pendências afetivas e para o perdão.

No que concerne o elemento 4, observa-se a predominância de uma essência que busca desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança entre o profissional, familiar e a pessoa cuidada, transcendendo a dimensão física, uma vez que há uma preocupação com a dignidade humana e a preservação da humanidade na relação (WATSON, 2007). Nesse contexto, a relação de cuidado, ajuda e confiança necessita acontecer pela presença de empatia, compatibilidade e calidez para que se gere ajuda e confiança entre quem cuida e quem é cuidado (WATSON, 2007).

A compatibilidade é uma característica muito presente no cuidado transpessoal, uma vez que é o comportamento do profissional é norteado pelos princípios da verdade e honestidade, o que possibilita abertura, acolhimento, segurança e, com isso, confiança na relação transpessoal, de forma a promover um ambiente favorável à tomada de decisões. Já a calidez é a aceitação da pessoa que se cuida de forma positiva, e isso contribui para o fortalecimento da relação de ajuda e confiança entre o profissional e o paciente (WATSON, 2007).

A partir das características que compõem o elemento 4, acredita-se que as doulas da morte são norteadas por esse elemento caritativo, uma vez que seu processo de trabalho se dá a partir da disponibilidade do tempo, presença genuína, escuta atenta, comunicação empática, compassiva e acolhimento amoroso (RAWLINGS *et al.*, 2019a; KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALLON, 2021; RAWLINGS *et al.*, 2021). Esses aspectos são considerados pelas doulas da morte pedra basilar para estabelecimento de relação autêntica e de confiança para com o paciente (CORPORON, 2011; RAWLINGS *et al.*, 2019a; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021;).

Por este ângulo, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora permeou o seu agir profissional sob à égide do elemento 4 do PCC a partir do processo de doulagem da morte, já que acolheu afetuosamente a paciente; proporcionou amorosidade em todo o processo de adoecimento e morte; comunicava-se verbalmente, usando um tom da voz calmo associado a gestos, toques e sorrisos; chamava a paciente por seu apelido de forma carinhosa e disponibilizou tempo e presença genuína para acompanhar a paciente durante consultas médicas e de fisioterapia. O conjunto dessas atitudes e cuidados proporcionou uma relação autêntica, de confiança e ajuda com a paciente e a família.

O elemento 5 enfatiza que os sentimentos, pensamentos, comportamentos e experiências de vida de pacientes precisam ser considerados, reconhecidos e honrados pelo enfermeiro. Para isso, o profissional precisa dar espaço para acolher os sentimentos negativos e positivos verbalizados pelo paciente. Isso permite, inicialmente, que o paciente consiga reconhecer suas emoções para, então, aceitá-las ou confrontá-las. Quando isso ocorre, o profissional é capaz de conhecer as sensações reais do paciente e colocar-se em seu lugar. Para isso, a escuta sensível é necessária, além do tempo que ela implica nas interações entre o enfermeiro e o paciente (WATSON, 2017).

O termo “escuta sensível” (BARBIER, 2008) está relacionado a escutar o outro para compreender o que está a dizer, evitando o quanto possível avaliar ou julgar. Na escuta sensível, há uma ação de troca mútua entre a pessoa que fala e pessoa que escuta. Nesse processo, os sujeitos se doam objetivando a aceitação da complexidade e completude do ser humano (BARBIER, 2008).

A escuta sensível envolve o uso do silêncio, a emissão consciente de sinais faciais demonstrativos do interesse naquilo que está sendo dito, o assumir uma atitude solidária e de responsabilidade, tendo em conta a aproximação física e a própria orientação do corpo (tronco voltado para o paciente). Além disso, contempla-se a utilização de expressões verbais curtas, como: “estou ouvindo”; ”continue”; ” e então”, e também a manifestação de ações importantes do cuidar: a saudação ativa; uma postura afável; o carinho; a compreensão; o falar de frente e com uma voz suave; e exibir um sorriso, de forma a transmitir-lhes amorosidade (ARAÚJO; SILVA, 2012).

A escuta sensível também valoriza os aspectos não verbais da comunicação, como a serenidade ou ansiedade; a expressão facial; o contato ocular; o sorriso; e o toque através do qual se pode minorar a sensação de isolamento (ARAÚJO; SILVA, 2012).

O silêncio é outro momento rico da relação e nunca sinônimo de vazio. Na maioria das vezes criam-se momentos difíceis de suportar, contudo, nos cuidados ao paciente em fim de

vida, a comunicação realizada através da presença, do silêncio, adquire um significado especial, na medida em que pode assumir o sinal de um verdadeiro acompanhamento, repleto de um profundo respeito para com essa pessoa (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Para Barbier (2008), a escuta sensível está intrinsicamente ligada à empatia. É necessário adentrar-se no mundo interior perceptual do outro e sentir-se à vontade nele. Isso envolve presença genuína, atenção plena e sensibilidade na relação entre os sujeitos (BARBIER, 2008).

A partir deste contexto, se faz necessário explicitar que a escuta sensível é a base norteadora do processo de trabalho das doulas da morte (CORPORON, 2011; RAWLINGS *et al.*, 2019a; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021), pois é a partir dela que a doula da morte possibilita abertura para que o paciente e familiares expressem suas emoções, sentimentos e atitudes diante do processo de adoecimento, morte e morrer (FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021). Além disso, as doulas da morte facilitam as conversas finais entre o paciente e membros mais importantes da família, com o objetivo de realizarem os rituais de partida e de despedida (MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021).

Nesta perspectiva, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora agiu como doula da morte, levando em consideração o elemento 5 do PCC, uma vez que acolheu as emoções e os sentimentos da paciente e dos familiares durante o processo ativo de morte e estimulou conversas entre os familiares e a paciente, a fim de que pudessem proferir as últimas palavras e se despedirem.

Já o elemento 6 do PCC descreve que o enfermeiro use criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (*healing*). Esse elemento reconhece que o profissional utilize formas de saber/ser/fazer voltados para o processo de cuidado, ou seja, envolve o uso pleno de si mesmo e de todas as suas faculdades (conhecimentos empíricos, científicos, filosóficos, espirituais, intuição, estética, tecnologia, habilidades, ética) (WATSON, 2007).

O padrão empírico é denominado Ciência da Enfermagem, é factual, descritivo, discursivamente formulado e publicamente verificável (CARPER, 1978). Já o padrão estético também denominado de arte da enfermagem, torna-se extremamente visível durante a ação do cuidar porque se manifesta por meio do processo de interação entre o profissional e o paciente que está sob seus cuidados. O padrão estético tem sido um importante aliado neste processo, possibilitando o verdadeiro cuidado humanizado, pois restabelece a sensibilidade humana do profissional, complementando os saberes do enfermeiro (CARPER, 1978).

O padrão pessoal compreende a experiência interior de tornar-se um todo, uma soma de tudo que pode ser chamado de *seu*, compreendendo um sistema de ideias, atitudes, valores e comprometimento, um *self* consciente é o ambiente subjetivo da pessoa, o individual conhecido pelo indivíduo. É através do conhecimento do próprio *self* que a pessoa é capaz de conhecer outro ser humano como pessoa (CARPER, 1978). Já o padrão ético corresponde ao conhecimento moral da enfermagem, caracterizado por um entendimento que perpassa a base de códigos de ética, normas e condutas (CARPER, 1978).

A partir dos aspectos que compõem o elemento 6, acredita-se que as doulas da morte são norteadas por esse elemento caritativo, uma vez que utilizam formas de saber/ser/fazer no processo de doulagem da morte por meio de algumas intervenções como: no padrão empírico, auxiliam a pessoa que está morrendo a elaborar o seu legado de vida (FUKUZAWA; KONDO, 2017; MASTERS, 2018; RAWLINGS *et al.*, 2019a; PAGE; HUSAIN, 2021; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021); no padrão estético, realizam práticas integrativas e complementares (MASTERS, 2018; RAWLINGS *et al.*, 2019b; PAGE; HUSAIN, 2021; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021); no padrão pessoal, disponibilizam o tempo para a doulagem (RAWLINGS *et al.*, 2019a; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021) e no padrão ético, auxiliam a pessoa que está morrendo a encontrar a paz e a aceitação da morte (MASTERS, 2018; MALLON, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN; 2021), respeitando as crenças religiosas, espirituais e culturais no final de vida (FUKUZAWA; KONDO, 2017; MASTERS, 2018; RAWLINGS *et al.*, 2019a; RAWLINGS *et al.*, 2019b; OZDEMIR, 2019; KRAWCZYK; RUSH, 2020; FRANCIS, 2021; KOVÁCS, 2021; MALLON, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN; 2021).

Nesse sentido, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora agiu como doula da morte em todo o processo de cuidar da paciente desde o diagnóstico das complicações até os rituais de despedida, levando em consideração o elemento 6 do PCC.

Conforme os padrões de conhecimento, a pesquisadora-cuidadora, buscou realizar a promoção de uma relação de respeito, atenção, disposição de estar juntos e criar um espaço para gerar a integridade e a reconexão de si da própria paciente, como por exemplo, acompanhá-la até o último suspiro de vida, lendo o salmo desejado; fechar os olhos que se mantiveram abertos depois da morte e realizou-se todos os cuidados com o corpo pós-morte com delicadeza e respeito.

O elemento 7 do PCC compreende o processo de engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa como um todo, adequando-se aos seus significados e buscando permanecer dentro do referencial do outro.

Nesse sentido, Mathias, Zagonel, Lacerda (2006) descrevem que, ao estabelecer a verdadeira conexão com o ser cuidado, deve-se preocupar com as formas alternativas de reconhecer suas próprias necessidades e exercer o autoconhecimento de suas capacidades. Para tanto, o profissional deve ter em mente a vivência do outro ser, como ponto de partida e respeitar suas limitações. Esse fato leva ao crescimento e aprendizagem de ambos os seres envolvidos, o que ultrapassará o ensinar como ainda é conhecido, devendo, verdadeiramente, promover mudanças de comportamento.

Watson (2008) afirma que aprender é mais do que receber informações, fatos ou dados, envolve um significado, que está confiado na relação intersubjetiva; a natureza da relação, bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo. Destaca ainda que tanto o conteúdo como a disponibilidade do cliente para receber as informações são variáveis críticas. O significado que cada conteúdo tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e processar as informações. O processo de ensino torna-se genuinamente transpessoal, em que a experiência, a relação, o significado e a importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino.

Um processo *caritas* de ensino-aprendizagem depende da capacidade do profissional em detectar com precisão os sentimentos, pensamentos, preocupações, conhecimento, entendimento e até o humor do outro, pois o processo de cuidar requer sua expressão, bem como a abertura e a prontidão para a aprendizagem (WATSON, 2007).

A partir da compreensão do elemento 7 do PCC e levando-se em consideração as sequelas do AVC da paciente que a impossibilitavam de verbalizar seus sentimentos, pensamentos e de expressar suas atitudes, bem como a falta de autonomia para a tomada de decisões no processo de doulagem da morte, a pesquisadora-cuidadora conectou-se com os familiares, de forma a engajá-los no processo de cuidar da paciente.

É preciso destacar a importância de identificar as reais condições de saúde e doença da pessoa para que não ocorram ações preestabelecidas, padronizadas e desqualificadas – que revelam um modo unidirecional de processo de educação em saúde -, uma vez que a verdadeira construção do cuidado humanizado poderá ser alcançada com participação e autonomia do ser cuidado, conforme apontado por Watson (2009) para a promoção do ensino-aprendizagem humanista.

Dessa forma, o ser-cuidado tem a possibilidade de buscar estratégias de resiliência, de modo a melhor enfrentar e minimizar os problemas advindos da fragilidade e do final de vida. Nesse sentido, a relação de confiança e de expressão de sentimentos entre o profissional e o ser cuidado (aqui, além da paciente, os familiares) preveem um sistema de valores

humanísticos. Assim, deve-se levar em conta, sempre que possível, a liberdade e a autonomia, também preceitos de Watson a serem seguidos, de modo que, no momento do cuidado, a reconstituição do ser humano se dê a partir de sua própria realidade (WATSON, 2009; WIIL, 2017).

Nesse sentido, a pesquisadora-cuidadora orientou, respeitou e apoiou as tomadas de decisões dos familiares no processo de doulagem da morte da paciente. E a partir desse contexto, agregou os conhecimentos relativos ao processo de doulagem da morte à Ciência e Arte da Enfermagem e traçou algumas estratégias educativas, que fossem significativas para os familiares, tomando como base as dimensões biopsicossociais da paciente, outrora partícipe de seu processo de autocuidado.

Assim, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora – com base no elemento 7 do PCC - atuou como doula da morte quando explicou os termos médicos aos familiares (RAWLINGS *et al.*, 2019b; MALLON; 2021; PAGE; HUSAIN, 2021); orientou à família sobre os sinais premonitórios do final de vida (KRAWCZYK; RUSH, 2020; FRANCIS, 2021) e de pós-morte (KRAWCZYK; RUSH, 2020; PAGE; HUSAIN, 2021), auxiliou e apoiou na tomada de decisões em relação aos cuidados durante os processos de adoecimento e ativo de morte (KRAWCZYK; RUSH, 2020; FRANCIS, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021).

Outra estratégia utilizada pela pesquisadora-cuidadora – baseada no elemento 7 do PCC – foi orientar e auxiliar o cuidador principal em alguns cuidados básicos, como mudança de decúbito, cuidados com a alimentação pela sonda (FUKUZAWA; KONDO, 2017; RAWLINGS *et al.*, 2019b; FRANCIS, 2021; MALOON, 2021; KRAWCZYK; RUSH, 2021) e cuidados nas higiênes oral, corporal, íntima (FUKUZAWA; KONDO, 2017).

O elemento 8 do PCC é compreendido como a criação de um ambiente de reconstituição (*healing*) em todos os níveis (físico e não-físico). Ambiente sutil de energia e de consciência, em que a beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados. O propósito de fornecer tal ambiente é a promoção de um cuidado de qualidade, assim como de cura/integralidade (WATSON, 2007).

Nessa perspectiva, o profissional deve atentar também para o fato de que o ser humano está em constante conexão com o cosmos e as leis da natureza, portanto, energias que trazem sensação de leveza fazem bem, o ambiente e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006).

Conforme o marco teórico utilizado, é preciso valorizar o outro e respeitar o que lhe é sagrado, tendo em vista que esse ser-cuidado está conectado com o universo, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidade (WATSON, 2009). Dessa forma, o profissional, ao visualizar

a sacralidade do ser-cuidado e sua conexão com o cosmo, deve focalizar a particularidade do ser-cuidado no momento, transcendendo o corpo, o espírito e a mente.

As práticas que possibilitam essa transcendência são o toque terapêutico, a música, o som, a massagem, a meditação, o relaxamento, a voz, a prece, a oração, a terapia com animais, a visualização de imagens, a alegria, as expressões artísticas, entre outras (WATSON, 2009; WILL, 2017). Além da transcendência, tais práticas auxiliam na interação profissional-paciente, reforçando a confiança necessária para o cuidado de qualidade (SILVA; LANA, 2021).

Nesse contexto, com base no elemento 8 do PCC, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora atuou como doula da morte quando promoveu medidas de conforto, bem-estar e qualidade de vida por meio das práticas integrativas e complementares: musicoterapia (CORPORON, 2011; RAWLINGS *et al.*, 2019b); massoterapia (RAWLINGS *et al.*, 2019b; KRAWCZYK; RUSH, 2020; RAWLINGS *et al.*, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2022); reflexologia podal (KRAWCZYK, RUSH; 2020); aromaterapia (KRAWCZYK; RUSH, 2020; PAGE; HUSSAIN, 2021).

Além disso, as doulas da morte realizam atividades em conjunto com o paciente, tais como: assistir filmes e/ou televisão (CORPORON, 2011); ler livros (KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALLON, 2021); cantar músicas (KRAWCZYK, RUSH; 2020; RAWLINGS *et al.*, 2021); tocar algum instrumento (KRAWCZYK; RUSH, 2020; MALLON, 2021); fazer orações e/ou preces juntos (KRAWCZYK; RUSH, 2020; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN, 2021).

Levando em consideração os aspectos do elemento 8, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora utilizou os conhecimentos adquiridos na academia quando realizou o processo de doulagem da paciente algumas estratégias, como o toque terapêutico; a reflexologia podal; tocou violão e cantou as músicas preferidas da paciente, permitindo um processo de morte e morrer sensível, digno e pacífico.

No que se refere ao elemento 9 do PCC, Watson (2007) ressalta que o profissional deve ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.

Watson (2005) diz que no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrar de que o ser humano é feito de espírito, ligado e pertencente ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separá-lo como indivíduo. Continua colocando que um dos privilégios da Enfermagem e seu papel na interação com a humanidade é a de que os enfermeiros têm acesso ao corpo

humano. Eles têm a honra de ajudar outras pessoas a gratificar as suas necessidades humanas mais básicas, especialmente quando se encontram vulneráveis. É a derradeira contribuição à sociedade e às necessidades das populações humanas - um dom para a civilização.

Quando um toca o corpo do outro, o profissional está tocando não só o corpo físico, mas também, toca, em algum nível, sua mente, seu coração e sua alma. Um profissional *caritas* é consciente desta perspectiva durante a realização dos cuidados e responde a estas necessidades como um privilégio, uma honra e um ato sagrado. Ele sabe que neste ato está se conectando com o outro e contribuindo para o fortalecimento do seu espírito, bem como para seu próprio fortalecimento (WATSON, 2008).

Nesse contexto, o profissional, à medida que desempenha essas suas funções, traz o espírito para o plano físico, o que promove novas conexões entre as necessidades básicas e as espirituais em evolução. Desse modo, cada ato do plano físico se conecta com o plano do espírito e modifica a vida do indivíduo. O profissional ajuda o outro, como um ato sagrado, e reconhece que, com esse ato, conecta-se e contribui com o espírito de si mesmo e com o do outro (WATSON, 2008).

A transcendência faz parte do conceito de cuidado transpessoal, entendido por Watson como intersubjetividade na relação entre humanos, no qual existe a influência dos envolvidos no processo. Essa relação transpessoal denota a ideia de união com outra pessoa. É iniciada quando o profissional entra no campo fenomenológico do paciente, sendo capaz de identificar em seu íntimo o espírito do paciente (WATSON, 2012). Desse modo, realizar o cuidado transpessoal é de grande importância para se conhecer aquilo que não é possível enxergar no paciente assistido. Contudo, nem sempre isso é fácil de realizar.

Isso permite compreender a importância do atendimento da dimensão espiritual no cuidado com o paciente e a realização do Processo *Caritas*, especialmente diante de um paciente fragilizado pela sua condição de saúde, embora existam dificuldades de realizar esse atendimento na prática clínica.

Diante do exposto, norteando a partir do elemento 9 do PCC, acredita-se que as doulas da morte auxiliam o paciente a resgatar o sentido e o significado do sagrado, quando promovem apoio espiritual durante do todo processo de doulagem da morte, respeitando valores, crenças e dogmas religiosos e/ou espirituais (FUKUZAWA; KONDO, 2017; MASTERS, 2018; RAWLINGS *et al.*, 2019a; FRANCIS, 2021; MALLON, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021); estimulam e auxiliam o paciente a elaborar o seu legado de vida, a partir de sua biografia (FUKUZAWA; KONDO, 2017; RAWLINGS *et al.*, 2019a) e facilitam o paciente a encontrar alguém que deseja se despedir (MASTERS, 2018; MALLON, 2021;

RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN; 2021) e ajudam ao paciente a identificar como ele quer ser lembrado (MASTERS, 2018; MALLON, 2021).

Destarte, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora atuou como doula da morte quando compreendeu as necessidades da paciente a partir de sua biografia e estado clínico/espiritual; possibilitou o reencontro entre a paciente, o neto e a irmã.

O elemento 10 do PCC descreve que o profissional deve dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Nesse contexto, Mathias, Zagonel, Lacerda (2006) descrevem este elemento como reconhecimento do ser-cuidado como um ser em evolução, praticando essa evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Além disso, responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas.

Nessa perspectiva, pautando-se no conceito de cuidar apresentado por Collière (2003),

Cuidar situa-se na encruzilhada do que permite viver e do que está a morrer...

Cuidar:

- é permitir nascer... e renascer para a vida, viver a morte

- é reencontrar a dimensão simbólica dos cuidados – o sentido do sagrado:

O que dá sentido à vida na sua inserção social - é permitir passar... ultrapassar... trespassar (COLLIÈRE, 2003, p. 195).

Nesse sentido, Watson (2008) ressalta que este elemento é talvez o elemento mais difícil das pessoas entenderem, em parte devido à linguagem e aos termos utilizados. Dessa forma, declara que

a única coisa que estou tentando dizer é que em nossa mente racional e na ciência moderna não existem todas as respostas para a vida e a morte e todas as condições humanas que enfrentamos; assim, temos que estar abertos as indefinições que não podemos controlar, permitindo até mesmo o que pode se considerar um ‘milagre’ para a nossa vida (WATSON, 2008, p. 191).

Este processo também percebe o mundo subjetivo das experiências internas de vida e das experiências dos outros, sendo estas, em última instância, um fenômeno, um mistério afetado por muitos fatores que não podem nunca ser totalmente explicados (WATSON, 2008). Logo, torna-se necessário que os sujeitos envolvidos na relação de cuidado estejam abertos para vivenciar aspectos que a Ciência não consegue elucidar.

Nessa perspectiva, refletir como a empatia auxilia nos aspectos relacionados à espiritualidade, à vida e à morte se faz mandatório. Como colocar-se no lugar do outro que está em processo de morte, se é uma experiência ainda não vivenciada? Há algum tempo, o atendimento às necessidades espirituais dos pacientes nessas situações praticamente se restringia a promover a visita de um líder religioso (SAVIETO; LEÃO, 2016). Contudo, os avanços na área de cuidados paliativos possibilitam que o profissional ultrapasse atitudes mais distanciadas de reais necessidades dos pacientes e o pensamento atribuído a *Cicely Saunders* pode resumir o que é ser empático diante deste cenário

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento da sua vida, e faremos tudo que estiver ao seu alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte (SAUNDERS, 2004, p.17).

No contexto dos cuidados paliativos, deve ser valorizado o potencial e a vontade de cada pessoa na realização das suas necessidades até o seu nível de alcance, de modo que o enfermeiro só deve realizar pelo paciente, quando este não tiver a força necessária para tal, respeitando a sua dignidade e valorizando a sua autonomia e autoestima, de modo que não se pode deixar de mencionar o cuidado diante da necessidade de um morrer com dignidade, o que é bem definido por Henderson ao definir que a Enfermagem: “é, principalmente, ajudar a pessoa no desempenho das atividades que contribuem para a saúde e sua recuperação, ou para um morrer digno” (HENDERSON, 2007, p. 3). Por conseguinte, observa-se que a frase-chave que se destaca na definição de Henderson, do ponto de vista da filosofia paliativista é: “... ajudar a pessoa... para um morrer com dignidade”.

Nas práticas dos cuidados paliativos, enquanto integrante da equipe, o profissional deve ser um instrumento terapêutico, a partir do conhecimento de si, dos seus valores e percepções acerca da morte, e como um bom integrante de uma equipe, aprender a atuar numa perspectiva de interdisciplinaridade, de modo que o protagonista na tomada de decisões não é nenhum profissional da equipe de saúde, mas o paciente/família. Essa é uma característica marcante na filosofia dos cuidados paliativos. Todos cuidando para que a pessoa em processo de terminalidade consiga viver intensamente seus últimos dias de vida, com a melhor qualidade possível, e a sua família possa construir um processo de luto, minimizando a dor da perda do seu ente querido (SILVA; SILVA, 2013).

Dentre as quatro áreas centrais que estruturam os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos, Twycross (2003) acrescenta que há três componentes essenciais que se interligam e se sustentam por uma área interconectora, que é a comunicação. A comunicação adequada

facilita e contribui para o alívio dos sintomas, para o suporte psicossocial do paciente e sua família e um trabalho de excelência da equipe, no qual o centro das atenções é a pessoa que se encontra no processo de morrer, e não apenas no momento da morte como é mal interpretado.

O autor afirma que:

Os cuidados paliativos dirigem-se mais ao doente do que à doença; Aceitam a morte, mas também melhoram a vida; Constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; Preocupam-se mais com a ‘reconciliação’ do que com a cura. Os cuidados paliativos não apressam nem protelam intencionalmente a morte (TWYXCROSS, 2003, p. 17).

E, a reconciliação segundo o mesmo autor, se refere ao momento de apaziguamento consigo próprio, com os outros e com Deus e/ou com o sagrado. Morrer reconciliado significa ser capaz de dizer ou transmitir:

Gosto muito de ti,
Perdoa-me,
Eu perdoo-te,
Obrigado,
Adeus. (LEPOIVEDIN, [s/a] apud TWYXCROSS, 2003, p. 17).

Diante do exposto, compreende-se que as doulas da morte, a partir do elemento 10 do PCC são colaboradores que acompanham o paciente no processo ativo de morte (KRAWCZYK; RUSH, 2020; FRANCIS, 2021; PAGE; HUSAIN, 2021), promovem apoio espiritual (RAWLINGS *et al.*, 2019a; RAWLINGS *et al.*, 2019b; KRAWCZYK; RUSH, 2020; PAGE; HUSAIN, 2021; MALOON, 2021); planejam a vigília entre os membros da família, parentes e amigos (MASTERS, 2018; PAGE; HUSAIN, 2021; MALLON, 2021); facilitam as despedidas entre o paciente e membros mais importantes da família (MASTERS, 2018; MALLON, 2021); auxiliam a resolver pendências psíquicas, sociais e espirituais, tais como: perdoar-se, pedir perdão às pessoas que magoou (MASTERS, 2018; MALLON, 2021; RAWLINGS; DAVIES; TIEMAN; 2021); elaboram rituais à beira leito (MASTERS, 2018; PAGE; HUSAIN, 2021) e auxiliam a pessoa que está morrendo a encontrar a paz e a aceitação da morte (KRAWCZYK; RUSH, 2020; PAGE; HUSAIN, 2021; MALLON, 2021) conforme sua cultura, crenças e valores.

Em face do que foi mencionado, acredita-se que a pesquisadora-cuidadora se baseou no elemento 10 do PCC quando no processo de doulagem da morte da paciente, a acolheu, na força da presença (segurando sua mão e rezando os versículos bíblicos durante a passagem),

auxiliando-a ressignificar sua vida nos últimos momentos e a aceitar a morte como derradeiro momento da vida e como propósito final.

Percebe-se que o *Processo Clinical Caritas* considera uma visão humanística do ser humano, seja ele profissional ou paciente, de maneira que ambos possam ter respeitados seus princípios, fortalecida sua autonomia e sejam participantes de uma estrutura de cuidado mais sensível e acolhedora.

Assim, observa-se que o cuidar no processo de doulagem da morte independe de uma formação profissional especializada. Todavia, se faz mister um amparo científico para que os serviços e as atividades das doulas da morte possam se legitimar enquanto profissão, e, por esse motivo, talvez a Teoria do Cuidado Humano seja esse norte.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da aplicação prática da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, foi possível identificar e correlacionar situações vividas com a aplicação dos Elementos do *Processo Clinical Caritas*, e assim, constatar o quão importante foi o papel da doulagem da morte neste processo de finitude da vida.

A validade desta teoria pode ser entendida quando se considera o crescimento da pesquisadora-cuidadora, da paciente e familiares como seres humanos, possibilitando a reciprocidade entre ambos, objetivando a prática de doulagem da morte. A relevância dos saberes da enfermagem e das doulas da morte para o processo de doulagem tornou indispensável à busca por subsídios teóricos à prática humanizada.

Logo pode-se perceber que todo processo de doulagem deve almejar um trabalho de amorosidade junto ao paciente e familiares, principalmente a plenitude entre a doula da morte e o ser-cuidado, que se encontra vulnerável. A doula, por sua vez, deve estar no seu momento de entrega total para que esta doulagem aconteça de forma integral e genuína; e, para que se caracterize uma prática de amor-reconstituição e de transcendência pessoal, deve-se abranger todas as necessidades do ser humano nos contextos psicossociais, físicos e espiritual.

Nesse sentido, o cuidado transpessoal proporcionou à pesquisadora-cuidadora, futura enfermeira e doula da morte, acolher, acompanhar, apoiar, confortar, orientar, respeitar e ofertar à paciente presença plena, acolhimento, escuta sensível e cuidado digno e responsivo às suas necessidades de vida e de morte.

Baseada no estabelecimento de uma relação afetiva com a paciente para promover a doulagem de morte, algumas vezes a pesquisadora-cuidadora percebeu um sentimento de estar envolvida com uma integralidade que qualifica o processo de morte e morrer, não só pelo carinho e sensibilidade da pesquisadora-cuidadora com a situação da paciente, mas também pela garantia de um processo de doulagem de morte mais completo, para além dos cuidados biofísicos. Diante disso, destaca-se a imensa contribuição profissional e pessoal que a experiência proporcionou à pesquisadora-cuidadora em realizar o processo de doulagem de morte baseado nos pressupostos de Watson.

Entretanto, o estudo limita-se a uma perspectiva de um fenômeno específico, de uma aplicação da realidade em domicílio, devendo-se considerar a limitação espacial e temporal. Além disso, outras limitações encontradas demonstram a importância na consideração dos fatores institucionais e sócio-políticos, pois as relações sociais do cenário de atendimento dos serviços de Atenção Primária e Terciária são espelhos da organização social da sociedade contemporânea. Essa reflexão é importante, pois a adoção de uma prática humanizada não depende apenas da relação que se estabelece entre o ser-cuidado e o ser-cuidador, uma vez que é transpassada pela estrutura política e econômica em que ocorrem os fenômenos.

Assim, sugerem-se pesquisas que incluam a perspectiva de pacientes, familiares e profissionais de saúde em relação ao processo de doulagem da morte, bem como a inclusão de diferentes populações e estratégias de preparo para pacientes, familiares e profissionais de

saúde enfrentarem as adversidades do processo de adoecimento evitando que o processo de doulagem da morte desenvolvido se limite ao processo ativo de morte.

REFERÊNCIAS

AMORTSER – CURSO DE FORMAÇÃO EM DOULAS DA MORTE. Disponível em: <https://www.amortser.com.br/> . Acesso em 26 maio. 2022.

ARAÚJO, M.M.T; SILVA, M.J.P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na tenção a pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.626-9. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/PkND3TtB3sCS8d9jWQkLGQ/?lang=en&format=pdf>. Acesso em 26 maio 2022.

BARBIER, R. **Las nociones-bifurcaciones en la investigación-acción, Visión Docente Con-Ciencia**, Puerto Vallarta: C. E. U. Arkos, Ano VIII, nº 45, nov-dez 2008, p. 05-20.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 3946 de 2021**. Art. 2º Para fins desta Lei, doula é a profissional que oferece apoio físico, informacional e emocional à pessoa durante o seu ciclo gravídico-puerperal e, especialmente, durante o parto, visando à melhor evolução desse processo e ao bem-estar da gestante, parturiente e puérpera. Brasília-DF: Senado Federal, 2021a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9035985&ts=1649280428565&disposition=inline>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BROWN, L.; WALTER, T. Towards a social model of end-of-life care. **The British J Social Work**, v. 44, n. 8, p. 2375-90, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/44/8/2375/1623973> . Acesso em: 22 mai. 2022.

CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Adv Nurs Sci.**, v.1, n.1, p.13-23, 1978. Disponível em: https://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_ch03_v1xx.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

CHENG, H.B. *et al.* Dealing with death taboo: discussion of do-not-resuscitate directives with Chinese patients with noncancer life-limiting illnesses. **Am J Hosp Palliat Care**, v.36, n.9, p. 760-6, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744386/> . Acesso em: 25 mai. 2022.

CHENG, H.W. Advance care planning in Chinese seniors: cultural perspectives. **J Palliat Care**, v. 33, n.4, p. 242-6, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569520/> . Acesso em: 25 mai. 2022.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures - Portugal: Lusociência, 2003

CÓRDULA, E. B. L.; NASCIMENTO, G. C. C. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. **Rev Educação Pública**, v. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-produo-do-conhecimento-na-construo-do-saber-sociocultural-e-cientfico> . Acesso em: 28 mar. 2021.

CORPORON, K. Comfort and caring at the end of life: Baylor's doula program. **Proceedings Baylor University Medical Center**, v.24, n.4, p.318 – 9, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205157/>. Acesso em 22 mai. 2022.

COX, K. *et al.* Public attitudes to death and dying in the UK: a review of published literature. **BMJ Support Palliat Care**, v.3, p. 37-45, 2013. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/3/1/37.full.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2022.

EGBERT, N. *et al.* How older adults and their families perceive family talk about aging-related EOL issues: a dialectical analysis. **Behav Sci**, v.17, n.2, p.21, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28420178/> . Acesso em: 25 mai. 2022.

ELLIOT, H. Death doulas complement nursing care at the end of life. **Nursing Times**, v.110, n.7, p.34– 5, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25241431/> . Acesso em 22 mai. 2022.

ETKIND, S. N. *et al.* How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. **BMC medicine**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2> . Acesso em 25 mai. 2022.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. Transpersonal caring in nursing: an analysis grounded in a conceptual model. **Esc. Enferm. USP**. v.47, n.20, p.500-5, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>

FAVERO, L. *et al.* Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.2, p.213-8, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/VTH4s3HzCJ6SP6zF5PxcWNv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de maio 2022.

FORMIGA, N.S. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. **O portal dos psicólogos.**, v.29, n.1. p.198-202 2012 Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf> . Acesso em: 25 mai. 2022.

FRANCIS, A. A. Gender and legitimacy in personal service occupations: the case of end-of-life doulas and death midwives. **J Contemp Ethnography**, v.51, n.3, p. 1-31, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08912416211048927> Acesso em: 22 mai. 2022.

FUKUZAWA, R.; KONDO, K. A holistic view from birth to the end of life: end-of-life doulas and new developments in end-of-life care in the West. **Int J Palliat Nursing**. v.23, n.1, 612 – 9, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29272199/> . Acesso em: 22 mai. 2022.

GASPARD, G.; GADSBY, C; MALLMES, J. Indigenous end-of-life doula course: bringing the culture home. **Int J Indigenous Health**, v. 16, n. 2, p.151-65, 2021. Disponível em: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33230>. Acesso em: 22 mai. 2022.

GONÇALVES, A.S.L. *et al.* A influência da espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde na percepção de estudantes da área de saúde. **Res, Soc and Develop**. v.11, n.3, e46811325300, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/25300/23430/313630>. Acesso em 22 de maio 2022.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.

HENDERSON, V. **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Loures (Pt): Lusodidacta, 2007.

KEELEY, M.P. Family communication at the end of life. **Behav Sci**, v.14, n.7, p. 45, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28708107/> . Acesso em: 26 mai. 2022.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte: quebrando paradigmas**. Novo Hamburgo: Sinopsys Ed., 2021.

KRAWCZYK, M.; RUSH, M. Describing the end-of-life doula role and practices of care: perspectives from four countries. **Palliative Care Social Practice**, v. 14, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1177/2632352420973226>. Acesso em: 21 mai. 2022.

KWOK, T.; TWINN, S; YAN, E. The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments. **J Adv Nurs**, v.58, n.3, p. 256- 62, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17474914> . Acesso em: 22 de mai. 2022.

LENTZ, J. Palliative Care Doula: An innovative model. **J Christian Nursing**, v.31, n.4, 240 – 5, 2014.

MALLON, A. Compassionate community structure and function: a standardised micro-model for end-of-life doulas and community members supporting those who wish to die at home. **Palliative Care Social Practice**, v. 15, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/26323524211052569>. Acesso em: 21 mai. 2022.

MATHIAS, J.J.S; ZAGONEL, I.P.S; LACERDA, M.R.L. Processo *Clinical Caritas*: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.3, p.332-7, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JDyRNtJFCww9McWFzmRgjby/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de maio 2022.

MASTERS, J.L. *et al.* Begin with the end in mind: a three-part workshop series to facilitate end-of-life discussions with members of the community. **Gerontol Geriatr Educ**, v.41, n.4, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528787/>. Acesso em: 25 de mai. 2022.

MCLEISH, J.; REDSHAW, M. A qualitative study of volunteer doulas working alongside midwives at births in England: Mothers' and doulas' experiences. **Midwifery**, v.56, p.53– 60, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29078074/>. Acesso em 22 mai. 2022.

MEDEIROS, F.A.L. *et al.* Processo Clinical Caritas aplicado a cliente paraplégico com úlcera por pressão. **Rev RENE**. v.13, n.5, p.1197-207, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4653/1/2012_art_fssousa.pdf

MORI, M. *et al.* Talking about death with terminally-ill cancer patients: what contributes to the regret of bereaved family members? **J Pain Symptom Manag**, v.54, n.6, p. 853-60, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797852/> . Acesso em: 22 mai. 2022.

MUSSI, R.F.F.; FLORES, F.F.; ALMEIDA, C.B. Pressupostos para elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Rev Praxis Educacional**. v.7, n.48, p.60-77, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 28 mai. 2022.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L; Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2004. p. 181-208.

NARAIN, J. P. *et al.* Noncommunicable diseases surveillance in India: moving toward a more comprehensive approach. **Int J Non-communicable Dis**, v. 3, n. 4, p. 111-114, 2018. Disponível em:

<https://www.ijncd.org/article.asp?issn=24688827;year=2018;volume=3;issue=4;spage=111;epage=114;aulast=Narain> . Acesso em: 25 mai. 2022.

OZDEMIR, S. *et al.* Palliative care awareness among advanced cancer patients and their family caregivers in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, v.48, n.8, p. 241-6, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31628743> . Acesso em: 26 mai. 2022

RAWLINGS, D.; DAVIES, G.; TIEMAN, J. Compassionate communities – What does this mean for roles such as a death doula in end-of-life care? **Public Health**, v. 194, p.167-9, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33945930/>. Acesso em: 21 mai. 2022.

RAWLINGS, D. *et al.* The voices of death doulas about their role in end-of-life care. **Health Soc Care Community**, v.28, n.1, p.12-21, 2019a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31448464/>. Acesso em: 20 mai. 2022.

RAWLINGS, D. *et al.* What role do Death Doulas play in end-of-life care? A systematic review. **Health Soc Care Community**, v.27, e-82-94, 2019b. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.12660>. Acesso em: 20 mai. 2022.

RAWLINGS, D. *et al.* End-of-life doulas: A qualitative analysis of interviews with Australian and International death doulas on their role. **Health Soc Care Community**, v. 29, n.2, p.574-87, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13120>. Acesso em: 22 mai. 2022

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

ROSENBERG, J. P. *et al.* Informal caring networks for people at end of life: building social capital in Australian communities. **Health Sociol Rev**, v.24, n.1, p. 29– 37, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14461242.2014.999400> . Acesso em: 22 mai. 2022.

SALES, L.V.T; PAIXÃO M.G, CASTRO O. **Teoria do cuidado transpessoal - Jean Watson**. In: Braga CG, Silva JV. Teorias de Enfermagem. São Paulo, Iátria, 2011.

SAUNDERS, C. Foreword. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman, (Eds.). **Oxford textbook of palliative medicine** (3a ed., pp. 17-20); 2004. Oxford: Oxford University.

SAVIETO, R.M; LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Rev Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VpGzHsWDQFM4Jsg8sWfmwcy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de mai. 2022.

SILVA, M.C.S.; LANA, L.D. Cuidados de enfermagem à espiritualidade de pessoas idosas frágeis: uma reflexão segundo a Teoria do Cuidado Humano. **Cienc Cuid Saúde**, v.20, e52515, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/52515>. Acesso em 22 de mai 2022.

SILVA, S. M. A. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. **Rev Bras Cancerol**, v.62, n.3, p.253-7, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opinio-ao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf. Acesso em: 25 de mai. 2022.

SILVA, R. S.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e os cuidados paliativos**. In: SILVA, R. S. et al (Org.). *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari, 2013. p. 3-35.

SITZMAN, K.; WATSON, J. **Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory**. New York: Springer Publishing Company, 2018.

SONEGHET, L. F. Fazendo o melhor da vida na morte: arranjos de cuidados, qualidade de vida e cuidados paliativos. **Rev M**, v.5, n.10, p.357-82, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/9615/pdf>. Acesso em: 25 de mai. 2022.

SOUZA, E.M. *et al.* Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto Contexto Enferm**. v.26, n.3, e32114, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SvKhMZkBM9B4LZ6zSyf53st/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2022.

TONIN, L. *et al.* Guia para realização dos elementos do Processo Clínico Caritas. **Rev Esc Anna Nery**, v.21, n.4, e.20170034, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYDp6xcFyLzVtHM9LWQcCdr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mai. 2022.

TWYLCROSS, R. **Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa (PT): Climepsi. 2003.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enferm**. v.16, n.4, p.1-8, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pbtdSFQWQxRhKrBvwKxHGsk/?format=pdf&lang=pt>

WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE. 10 Caritas Processes™. Boulder, Colorado, EUA: 10 Caritas Processes™, 2016 Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>. Acesso em: 26 mai. 2022.

WATSON J. **Human caring science: a theory of nursing**. 2. ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.

WATSON, J. **Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing**. Louisville, Colorado: University Press of Colorado, 2018.

WATSON J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors. **Texto & contexto enferm.** v.16, n.1, p.129-35, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yZCPbQkVBhjq6sxxFvwCftC/>. Acesso em: 25 maio 2022.

WILL, E.M. **Grandes teorias da enfermagem baseadas no processo interativo.** In: Georges JB, Perry AG. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

WRIGHT, A. A. *et al.* Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. **J Am Med Assoc J Am Med Assoc**, v.300, n.14, p. 1665-73, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18840840/>. Acesso em: 22 de mai. 2022.

YAMAGUCHI, T. *et al.* Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. **J Pain Symptom Manag**, v.54, n.1, p. 17-26, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450216/> . Acesso em: 25 de mai. 2022.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro para a construção do Relato de Experiência

SEÇÃO DO ARTIGO	ELEMENTOS DA SEÇÃO	PERGUNTA FACILITADORA PARA DESCRIÇÃO.	TIPOS DE CATEGORIAS (DESCRIÇÃO)
-----------------	--------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Introdução	1. Campo teórico	- Quais são os conceitos chaves do tema? - Qual a importância deste relato? - Por que escrever este relato? - Adveio de qual problema?	Referenciada
	2. Objetivo	Qual o objetivo deste relato?	Informativa
Materiais e Métodos / Procedimentos metodológicos	3. Período temporal	Quando (data)? Quanto tempo (horas, dias ou meses)?	Informativa
	4. Descrição do local	Quais são as características do local e onde fica situado geograficamente (cidade, estado e país)?	Informativa
	5. Eixo da experiência	Do que se trata a experiência?	Informativa
	6. Caracterização da atividade relatada	Como a atividade foi desenvolvida?	Informativa
	7. Tipo da vivência	Qual foi o tipo de intervenção realizada?	Informativa
	8. Público da ação interventiva	Qual o perfil ou característica destas pessoas?	Informativa
	9. Recursos	O que foi usado como material na intervenção?	Informativa
	10. Ação	O que foi feito? E como foi feito?	Referenciada
	11. Instrumentos	Quais foram as formas e materiais utilizados para coletar as informações?	Referenciada
	12. Critérios de análise	Como ocorrerá a análise das informações obtidas?	Referenciada
	13. Eticidade	De quais formas houve o cuidado ético?	Informativa
Resultados	14. Resultados	Quais foram os resultados advindo da experiência? Quais foram as principais experiências vivenciadas?	Informativa
Discussão	15. Diálogo entre o relato e a literatura	Quem (na literatura) pode dialogar com minhas informações do relato?	Dialogada
	16. Comentário acerca das informações do relato	Quais nexos complementares podem ser feito com os dados da experiência?	Dialogada
	17. Análise das informações do RE	Quais reflexões críticas o texto faz? Como os resultados desta experiência podem ser explicados por outros estudos? (artigos, outros RE, dentre outros)	Crítica
	18. Dificuldades	Quais foram os aspectos que dificultaram o processo? (Limitações) O que foi feito perante essas limitações?	Informativa
	19. Potencialidades	Quais foram os aspectos que potencializaram o processo?	Informativa
Considerações finais ou conclusão	20. Finalidade	O intuito do relato foi alcançado?	Informativa
	21. Proposições	Além do que fora realizado, o que mais poderia ser feito?	Informativa
Referência	22. Citação	Quais estudos foram usados para a construção do RE?	Informativa

ANEXO B – Guia para realização dos elementos do Processo *Clinical Caritas*

Os dez fatores caritativos	Elementos	Manifestações do Cuidado
Valores humanísticos altruístas.	Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> -Promover relação de carinho, conhecimento, crescimento, capacitação e possibilidades de healing entre si mesmo e o outro; -Praticar equanimidade (igualdade de acordo com a necessidade, imparcialidade, não julgar); -Acreditar que o amor é fundamental em todas as situações da vida; -Utilizar contato visual apropriado e toque com delicadeza; -Desenvolver cuidado moral, que considera os elementos da cultura, da educação e da tradição; -Escutar com preocupação genuína, prestar atenção aos outros e utilizar linguagem acessível; -Falar calmamente ou fazer silêncio, dando total atenção para o momento do cuidado; -Transformar “tarefas” em interações healing, ou seja, ir além da tarefa, considerando uma intencionalidade no momento de cuidar; -Ir além do convencional saber e fazer (identifica as reais necessidades do cliente, extrapola o cuidado biológico, preocupando-se com o ser cuidado e consigo enquanto cuida); -Acreditar na terapêutica, mas saber quando ir além, considerando e acreditando nas questões existenciais; -Visualizar e entender a pessoa como ser humano e não como objeto; -Preparar-se profissionalmente por meio de cursos de capacitação/especializações; -Preparar-se espiritualmente - Reconhecer suas crenças religiosas e a do ser cuidado, não impor, não julgar, não discriminar;

		-Reconhecer suas potencialidades e limites para executar o cuidado (do indivíduo e do profissional).
Cultivo da fé e da esperança.	Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.	<p>-Integrar-se à realidade vivenciada e se conectar com o outro de forma autêntica (estar de corpo e alma envolvidos no momento do cuidado);</p> <p>-Ter genuína intensão de cuidar;</p> <p>-Perceber, sustentar e incorporar os valores, crenças, o que é significativo e importante para a pessoa no plano de cuidados;</p> <p>-Criar uma sintonia transpessoal; estabelecer convivência e comunhão, criar oportunidade de silêncio e reflexão;</p> <p>-Reconhecer a capacidade transcendental (healing entre os envolvidos);</p> <p>-Demonstrar respeito por si próprio e aos outros, aceitar e respeitar como os outros são;</p> <p>-Honrar a hombridade humana de si e de todos os envolvidos;</p> <p>-Ajudar os outros a acreditar em si mesmos;</p> <p>-Incentivar a pessoa e a família na sua capacidade de continuar com a vida;</p> <p>-Honrar o mundo subjetivo do ser cuidado (entender que cada pessoa elabora um mundo subjetivo a partir de suas experiências pregressas e mesmo que este mundo seja divergente das crenças do profissional é preciso compreensão e empatia);</p> <p>-Ver a vida como um mistério a ser explorado ao invés de um problema a ser resolvido.</p>
Cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros.	Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego	<p>-Cultivar práticas espirituais;</p> <p>-Fazer uso de estratégias de terapia em grupo, autoanálise, rodas de conversa;</p> <p>-Praticar autorreflexão (oração, meditação, expressão artística), demonstrar vontade de explorar seus sentimentos, crenças e valores para o seu auto crescimento;</p> <p>-Oferecer bênçãos, oração e expressão espiritual conforme o caso;</p> <p>-Desenvolver rituais significativos para praticar a gratidão, perdão, renúncia e compaixão;</p> <p>-Criar relações de cuidado que promovam o crescimento espiritual;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer a suscetibilidade e crescimento espiritual do praticante; -Conectar e demonstrar interesse de forma genuína pelo outro; - Estimular a si mesmo para o cuidado transpessoal como possibilidade de deprender-se; -Aceitar-se a si mesmo, e aos outros em um mesmo nível espiritual, como único e digno de nosso respeito e carinho; -Estar aberto ao outro com sensibilidade e compaixão; -Estar aberto espiritualmente para acessar experiências intuitivas; -Ser receptiva às necessidades e sentimentos do paciente (do outro), assim será capaz de criar uma relação de maior confiança.
Desenvolvimento de ajuda-confiança.	Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança.	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhar com a verdade, olho no olho, expressão corporal, comunicação respeitosa (verbal e não verbal), sorriso e evitar discursos programados e imparciais; -Colocar-se no lugar do outro; -Cuidar de forma genuína, confortar, acalmar, tocar; -Permitir que o outro escolha o melhor momento para falar sobre suas questões; -Chamar as pessoas pelo seu nome preferido; -Desenvolver atividades que promovam o seu crescimento saudável, não se envolver em atitudes antiéticas, ilegais, de risco e de comportamento sedutor; -Dispor-se a estar presente no momento do cuidado para explorar todas as suas possibilidades; -Encorajar atividades que maximizam a independência e liberdade individual; -Estimular a aceitação do momento.
Promoção de aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.	Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada.	<ul style="list-style-type: none"> -Ajudar o outro a expressar os aspectos positivos e negativos sobre algumas situações vivenciadas; -Incentivar narrativas, contar histórias como uma forma de expressar o seu sentimento e entendimento sobre o momento vivido; -Estimular a reflexão de sentimentos e experiências;

		<p>-Permitir a relação de cuidado transpessoal entre enfermeiro (a) e pessoa, surgir, mudar e crescer entre ambos;</p> <p>-Permitir que sentimentos fluam entre todos.</p>
Uso sistemático de informação científica na resolução dos problemas.	Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (healing)	<p>-Ir além do conhecimento científico, ser criativo, utilizar recursos lúdicos, toque terapêutico e instrumentos;</p> <p>-Auxiliar o outro a explorar formas alternativas para encontrar um novo significado em suas situações; expressar seus sentimentos por meio de instrumentos, histórias, diários, brinquedo terapêutico;</p> <p>-Integrar seu conhecimento estético, ético, empírico, pessoal e maneiras metafísicas de saber com o pensamento criativo, imaginativo, e crítico para desenvolver a expressão do cuidado humano;</p> <p>-Ter habilidades para situações novas;</p> <p>-Utilizar o conhecimento para proporcionar ambientes que promovam healing, para isso utilizar: toque intencional, voz, presença autêntica, movimento, expressão artística, música, som (se for o caso), alegria, espontaneidade, preparação, respiração, relaxamento, contato visual apropriado, gestos positivos, escuta ativa;</p> <p>-Reconhecer e integrar uma consciência plena de que a presença de si mesmo é um elemento eficaz do cuidado.</p>
Promoção de ensino-aprendizagem.	Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro	<p>-Engajar-se verdadeiramente em experiências de ensino-aprendizagem, perceber o que significa a informação, orientação e a aprendizagem para o outro;</p> <p>-Escutar e compartilhar ativamente experiências de vida do outro;</p> <p>-Aceitar os outros como eles são e onde eles estão com a sua compreensão, conhecimento e disponibilidade para aprender;</p> <p>-Auxiliar a pessoa a formular perguntas e dar voz às possíveis dúvidas; -Orientar de acordo com os costumes crenças e valores;</p> <p>-Procurar primeiramente aprender com os outros, compreender a sua visão de mundo para em seguida, desenvolver ações, realizar capacitações e fornecer informações;</p> <p>-Entender o momento de orientação como uma troca de aprendizado;</p>

		-Apreender que a situação do ensino pode afetar o processo de cuidado.
Previsão para um apoio, proteção e ambiente.	Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico e não-físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados.	<ul style="list-style-type: none"> -Criar um ambiente de healing atendendo a: -Reconhecer e buscar organizar a energia do ambiente; -Utilizar estratégias para proporcionar conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e troca de energia; -Criar espaço para conexões humanas que ocorrem naturalmente; -Reconhecer o healing como uma viagem interior; -Incluir a reconexão entre o ambiente e o universo para estabelecer a reconstituição; -Promover uma relação de respeito, atenção, disposição de estar juntos e criar um espaço para gerar sua própria integridade e healing; -Respeitar rotinas e rituais do cliente.
Assistência na gratificação das necessidades humanas.	Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfazer as necessidades da pessoa identificadas pelo profissional e pelo próprio ser cuidado; -Respeitar a percepção do outro sobre o mundo e suas necessidades específicas; -Antecipar as necessidades do cliente; -Compreender suas necessidades; -Reconhecer as fragilidades e habilidades do ser cuidado; -Visualizar o cliente como um ser integrado; -Ter consciência de ao tocar o corpo do outro não está atingindo apenas o corpo físico, mas, em alguma condição, sua mente, coração e sua alma, potencializando o alinhamento mente-corpo-espírito; -Considerar o momento de realização de cuidados como uma honra, privilégio, um ato sagrado, um mistério da vida, assim contribuindo para o fortalecimento de espírito, bem como o seu próprio fortalecimento.
Provisão para dimensões	Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da	-Saber o que é importante para si e respeitar o que tem significado para o outro;

existenciais e espirituais.	vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.	<ul style="list-style-type: none">-Manter um espaço sagrado de cura para os outros, respeitando o seu tempo e a sua necessidade;-Permitir que milagres possam ter lugar e significados para si e para o outro;-Permitir o desconhecido, desenvolver-se;-Compreender as limitações da ciência;-Reconhecer que alguns acontecimentos da vida são inexplicáveis;-Acreditar no poder curativo da fé e da esperança;-Estimular a busca de forças internas para o cuidado;-Reconhecer o processo de vida e morte;-Reconhecer o potencial metafísico e de transcendência.
-----------------------------	---	--