

Modelo diamante: uma proposta de cuidado espiritual de idosos em cuidados paliativos

Diamond model: a proposal for spiritual care for elderly people in palliative care

Eva Gislane Barbosa¹
Waldir Souza²

RESUMO

A espiritualidade desempenha papel essencial em momentos de sofrimento, conflito e finitude. Este artigo apresenta o Modelo Diamante, proposto por Carlo Leget na Holanda, como uma proposta de cuidado espiritual voltada a pessoas idosas em cuidados paliativos. O modelo oferece um espaço de diálogo e escuta compassiva que favorece a expressão de sentimentos, valores e crenças, possibilitando a reconstrução de sentido diante da dor, da esperança e da fé. O objetivo da pesquisa foi compreender como o Modelo Diamante pode contribuir para o cuidado integral do ser humano, articulando dimensões teológicas, bioéticas e existenciais. A investigação, de abordagem qualitativa e exploratória, utilizou análise de conteúdo para identificar categorias emergentes a partir de diálogos realizados com pessoas idosas em cuidados paliativos. Os resultados indicam que o modelo favorece a revelação do mundo interior, a reconciliação consigo, com o outro e com o transcendente, promovendo dignidade e sentido na experiência do viver e do morrer.

Palavras-chave: Espiritualidade; Modelo Diamante; Cuidado Espiritual; Teologia; Pessoa Idosa.

ABSTRACT

Spirituality plays an essential role in moments of suffering, conflict, and finitude. This article presents the Diamond Model, proposed by Carlo Leget in the Netherlands, as a framework for spiritual care aimed at elderly people in palliative contexts. The model provides a space for compassionate dialogue and attentive listening that enables the expression of feelings, values, and beliefs, fostering the reconstruction of meaning in the face of pain, hope, and faith. The objective of the study was to understand how the Diamond Model can contribute to the integral care of the human person by integrating theological, bioethical, and existential dimensions. The research adopted a qualitative and exploratory approach, using content analysis to identify categories emerging from dialogues with elderly individuals receiving palliative care. The findings indicate that the model facilitates access to the inner world, reconciliation with oneself, with others, and with the transcendent, thus promoting dignity and meaning in the experience of living and dying.

Keywords: Spirituality; Diamond Model; Spiritual Care; Theology; Elderly

¹ Mestra e Doutora em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Professor adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo (2019). Doutor em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2009). Possui bacharelado em Teologia pela Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia (1991) e licenciatura em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2004), especialização em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2004) e mestrado em Teologia pela Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia (2001).

Introdução

O desafio de oferecer um cuidado verdadeiramente integral às pessoas acometidas por enfermidades graves envolve reconhecer e acolher suas dimensões espirituais, especialmente quando se encontram em situação de vulnerabilidade e finitude. Nos cuidados paliativos, essa dimensão assume papel essencial, pois busca aliviar o sofrimento e promover qualidade de vida, contemplando as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa enferma.

Todos nós carregamos uma ampla diversidade de experiências, positivas ou dolorosas, que moldam nossa maneira de compreender a vida e influenciam diretamente a qualidade de vida e a busca de sentido. Estudos recentes indicam que a religiosidade e a espiritualidade (R/S) exercem impacto positivo sobre diversos aspectos da saúde física, mental e social, contribuindo para uma vida mais equilibrada e significativa. Conforme destaca Sena (2021, p. 31), há evidências consistentes de que a espiritualidade está associada a “melhor qualidade de vida e bem-estar, perspectiva mais positiva diante de situações estressantes, maior senso de propósito e significado na vida, menor prevalência de depressão, menos hospitalização e menor mortalidade”. O autor observa que a integração entre espiritualidade e saúde representa “um novo paradigma a ser estabelecido na prática médica diária”.

O Censo de 2022 revelou um crescimento expressivo da população idosa no Brasil: o número de pessoas com 65 anos ou mais aumentou 57,4% em relação a 2010. Diante desse cenário, torna-se urgente repensar os desafios do envelhecimento e criar políticas públicas e práticas de cuidado mais humanizadas, especialmente no contexto do fim da vida, quando o sofrimento físico e emocional exige atenção integral.

A pandemia de COVID-19, em 2020, expôs de maneira dramática a vulnerabilidade dessa população, sendo uma das principais causas de morte entre os idosos. O descaso social e político diante das orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) – como o distanciamento físico e o uso de máscaras – revelou o despreparo da sociedade para oferecer cuidado digno e diferenciado aos mais velhos. Nesse contexto, emergiu com força o etarismo, definido pela OMS como a prática de “criar estereótipos e discriminar pessoas com base em sua idade” (WHO, 2020a). Durante a pandemia, o etarismo tornou-se visível nas mídias e nas redes sociais, por meio de expressões como “eles são um peso” ou “gastam muito”, o que reforçou uma cultura do descarte (Minayo, 2013; Massuda et al., 2020)

Como observam Massuda et al. (2020), esse preconceito esteve presente inclusive em manifestações públicas que sugeriam a “dispensabilidade” das vidas idosas, revelando uma grave crise ética e social. Em mensagem no Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, o Papa Francisco (2020) advertiu: “A pandemia da COVID19 mostrou que nossas sociedades não estão organizadas o suficiente para dar lugar aos idosos, com justo respeito à sua dignidade e fragilidade. Onde não há cuidado com os idosos, não há futuro para os jovens.” Essa afirmação ressoa como apelo ético e espiritual, convocando à redescoberta do valor da velhice e à responsabilidade intergeracional.

Com o aumento da expectativa de vida e a conseqüente ampliação da população que necessita de cuidados paliativos, torna-se fundamental resgatar a dimensão espiritual como componente do cuidado integral. A espiritualidade possibilita que pessoas enfermas encontrem sentido na dor e reconstruam sua experiência diante da morte, como afirma Frankl (1987), ao reconhecer que o ser humano é capaz de transcender as circunstâncias e

escolher o modo como deseja viver e morrer. O autor ressalta: “O ser humano é capaz de mudar o mundo para melhor se possível, e de mudar a si mesmo para melhor se necessário” (Frankl, 1987, p. 87). Essa liberdade interior permite que cada indivíduo mantenha a dignidade e a esperança, mesmo em condições extremas.

Nesse horizonte, o cuidado espiritual emerge como dimensão essencial da cultura do cuidado, integrando saberes da Teologia, da Bioética e da Psicologia para sustentar a pessoa em sua busca de sentido e reconciliação interior. No entanto, persiste a questão: as práticas atuais de cuidado estão realmente preparadas para acolher as necessidades espirituais das pessoas em situação de vulnerabilidade? Existem metodologias capazes de promover um diálogo mais profundo com o sofrimento humano?

É nesse contexto que se insere o Modelo Diamante, proposto pelo teólogo e bioeticista Carlo Leget, na Holanda. O modelo oferece uma metodologia de conversação compassiva voltada a pacientes em cuidados paliativos, favorecendo a expressão de emoções, valores e crenças, e criando um espaço interior de escuta e reconciliação. Essa proposta, reconhecida e aplicada em diversos países europeus, apresenta-se como um caminho inovador de cuidado espiritual, que auxilia a pessoa idosa a redescobrir sentido, dignidade e serenidade diante da finitude.

1. O cuidado espiritual como proposta de qualidade de vida.

A compreensão da vida humana em sua totalidade exige reconhecer que o cuidado não se restringe ao corpo físico, mas alcança também as dimensões psicológica, social e espiritual. O cuidado espiritual, nesse sentido, é expressão de uma visão ampliada da saúde, que entende o ser humano como um ser de relações – consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com o transcendente. Ele emerge como um caminho para sustentar o equilíbrio interior, fortalecer a esperança e cultivar o sentido da existência, especialmente em momentos de sofrimento e vulnerabilidade.

A espiritualidade, quando integrada ao processo terapêutico, contribui significativamente para a qualidade de vida. Ela oferece um horizonte de sentido que permite ressignificar a dor, lidar com a incerteza e reconhecer o valor da própria existência. Assim, o cuidado espiritual não busca eliminar o sofrimento, mas ajudá-lo a ser compreendido e integrado na trajetória pessoal. Essa abordagem favorece a reconciliação com a própria história, o perdão, a serenidade e a aceitação dos limites, elementos que constituem um bem-estar mais profundo do que o mero conforto físico.

Sob essa perspectiva, a qualidade de vida ultrapassa os parâmetros biomédicos e adquire uma dimensão existencial e ética. Cuidar espiritualmente é oferecer presença, escuta e acolhimento; é reconhecer que cada pessoa traz uma biografia única, marcada por memórias, valores e esperanças. Esse cuidado humanizado rompe com a lógica da produtividade e da eficiência, promovendo uma experiência de encontro, onde a dignidade da pessoa é colocada no centro da atenção.

Nos cuidados paliativos, a presença de profissionais e voluntários sensíveis à dimensão espiritual transforma o espaço clínico em um lugar de escuta e de significado. O paciente, ao ser convidado a expressar sua fé, seus medos e suas esperanças, reencontra forças para enfrentar o sofrimento e afirmar a própria identidade. Dessa forma, o cuidado

espiritual atua como um caminho de humanização, promovendo não apenas alívio da dor, mas reconciliação interior e sentido de plenitude.

Assim, propor o cuidado espiritual como elemento da qualidade de vida é reafirmar que a saúde não se limita à ausência de doença, mas envolve a harmonia entre corpo, mente e espírito. É reconhecer que a vida, mesmo diante da finitude, pode ser vivida com dignidade, amor e sentido. Essa compreensão abre espaço para um modelo de atenção centrado na pessoa, no qual o cuidado se transforma em encontro e a espiritualidade em fonte de esperança e cura interior.

2. O Modelo Diamante e o desenvolvimento de competências para o cuidado espiritual

O cuidado espiritual contempla, em sua missão, uma ação acolhedora, protetora e de diálogo com o sagrado. No entanto, ainda carece de uma atuação mais sistematizada, sustentada por competências e habilidades específicas que permitam uma prática efetiva, ética e compassiva na assistência espiritual. Há uma urgência em formar agentes – religiosos, voluntários e profissionais da saúde – capazes de reconhecer e responder às necessidades espirituais de pacientes em situações de sofrimento e finitude, especialmente no contexto dos Cuidados Paliativos.

Conforme observa Esperandio (2020, p. 544), “profissionais da saúde têm dificuldade em identificar necessidades espirituais e atendê-las”, pois “em geral, essa dimensão é confundida com religiosidade, sendo vista como de natureza privada”. Assim, poucos profissionais realizam efetivamente o cuidado espiritual, revelando “carência na formação profissional para integrar esse tipo de assistência”, sobretudo no âmbito dos Cuidados Paliativos. Essa constatação evidencia a necessidade de ampliar a compreensão do cuidado espiritual como um campo interdisciplinar, que exige tanto sensibilidade quanto preparo técnico e ético.

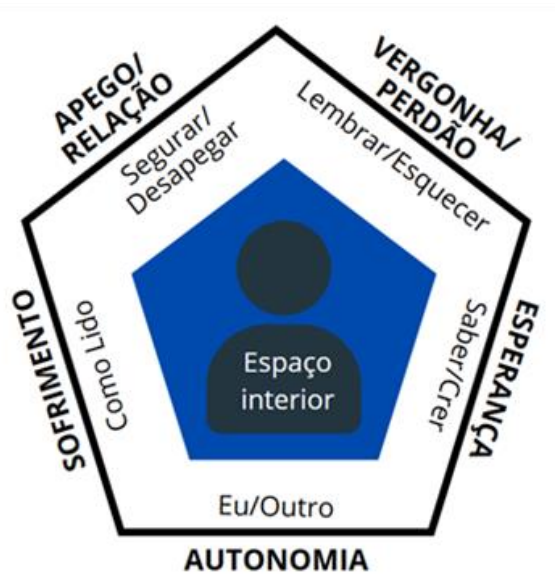
Nesse cenário, o Modelo Diamante, criado pelo teólogo e bioeticista Carlo Leget, na Holanda, surge como uma metodologia inovadora que busca favorecer a comunicação espiritual em contextos de vulnerabilidade. Desenvolvido por volta de 2018 e aplicado em instituições europeias, o modelo propõe um método de diálogo estruturado voltado a pessoas em cuidados paliativos, permitindo que o cuidador – seja ele profissional de saúde, capelão ou voluntário – atue como facilitador da escuta, ajudando o paciente a nomear e elaborar suas experiências mais profundas.

A denominação “Modelo Diamante” inspira-se na forma de um polígono de cinco lados (pentágono), representando as cinco polaridades existenciais do ser humano: eu/outro, ação/experiência, apego/desapego, lembrar/esquecer e saber/acreditar. Cada uma dessas dimensões oferece um ponto de reflexão e diálogo, conduzindo a pessoa a explorar o seu espaço interior – o território simbólico onde residem emoções, memórias e significados espirituais.

Durante o processo de conversação, o cuidador é convidado a acompanhar o paciente com sutileza, respeito e compaixão, permitindo que sentimentos de frustração, tristeza, alegria, amor ou culpa sejam reconhecidos e acolhidos. Assim, o diálogo torna-se um caminho de autoconhecimento e reconciliação. Em cada polaridade, o modelo propõe

perguntas e movimentos de escuta que ajudam o interlocutor a se reconectar com aquilo que dá sentido à sua existência.

O Modelo Diamante constitui, portanto, uma proposta ética e pastoral de cuidado espiritual que integra reflexão, escuta e presença compassiva. Ele valoriza a autonomia do sujeito, reconhece sua singularidade e promove a dignidade em todas as fases da vida, inclusive diante da morte. Sua aplicabilidade, ainda incipiente no Brasil, representa uma oportunidade de inovação nas práticas de Capelania Hospitalar e Pastoral da Saúde, estimulando a formação de profissionais preparados para atuar com empatia, escuta e competência espiritual.



Fonte: Imagem criada por Eva Gislane Barbosa

Em cada face do Diamante há questões para serem observadas durante o diálogo com a pessoa que está no processo de aplicabilidade do modelo, e assim com sutileza, respeito e muita compaixão, o espaço interior (local onde está guardada as emoções mais secretas como: frustração, tristeza, alegria, sofrimento, amor e desejos) da pessoa que está passando pelo processo de conversação do modelo diamante de cuidado espiritual vai se revelando. Segue de forma resumida as reflexões para cada lado do polígono.

- Autonomia: Neste eixo de análise pelo diamante é o momento de fala da pessoa com suas relações (Eu, outro, Deus, sociedade, família), o quanto elas são importantes durante esse período de fragilidade. Conectada consigo mesma? Diferentes papéis na vida? Lealdade à família, marido, filhos, Igreja. Estruturas sociais: apoio ou prisão. Quais são os valores fundamentais?
- Sufrimento: Neste lado do diamante, o autor traz o sofrimento como dor total, de como as condições em que a pessoa se encontra, tanto nas questões físicas, familiares, social e religiosa, podem ampliar seu estado de sofrimento. Dimensão física: Analgesia, o desconforto. Dimensão psicológica: Traumas. Dimensão social: Questões com passado, presente e futuro. Político ou Estrutural. Dimensão espiritual: O que causa desconforto? o que precisa?
- Relações: Nesta polaridade o autor coloca a importância de respeitar as fases de despedida, nem todas as pessoas conseguem desapegar, dizer adeus, sem

passar por vários tipos de sofrimento. Segurar ou deixar ir (apego). Marido? Filhos? Igreja? Quem está se apegando a quem? Como abdicar da vida e a que se apegar?

- d) Vergonha/Perdão: Aqui o criador do modelo diamante expõe o quanto os valores morais podem ajudar ou atrapalhar nas questões da morte, como o perdão, o sentimento de culpa, como assuntos que precisam ser esquecidos, ou lembrados, para que o processo de preparação da despedida dessa vida, não seja tão agonizante. lembrar ou esquecer. Que culpa existe e como lidar com ela? Que gratidão existe? Há espaço para perdão e reconciliação?
- e) Esperança: No contexto cultural em que os pacientes fazem a pergunta metafísica: "O que posso esperar?". Qual é o impacto desses avanços importantes? Saber ou apenas acreditar. Quais vozes podem ser amplificadas e apoiadas? Qual o significado do seu sofrimento para ela? O que ela pode esperar?

3. O modelo diamante de cuidado espiritual trouxe alguma novidade?

O Modelo Diamante representa uma inovação metodológica e relacional no campo do cuidado espiritual em contextos de finitude, especialmente quando aplicado a pessoas idosas em cuidados paliativos. Com o objetivo de analisar o cuidado espiritual a partir dessa proposta de conversação, a pesquisa aqui apresentada foi conduzida no contexto brasileiro, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CAAF nº 83216524.0.0000.0020).

O estudo possui caráter transversal, exploratório e abordagem qualitativa. O delineamento transversal permitiu observar, em um único momento, a experiência de pessoas idosas em cuidados paliativos; o caráter exploratório buscou compreender um fenômeno ainda pouco conhecido no Brasil – a aplicabilidade do Modelo Diamante como ferramenta de diálogo espiritual; e a abordagem qualitativa possibilitou o aprofundamento interpretativo das narrativas produzidas nas conversas.

Para a análise dos dados, adotou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), o qual favorece a identificação de núcleos de sentido – conjuntos de significados que emergem da comunicação e revelam estruturas simbólicas relevantes para o problema de pesquisa. Segundo Bardin (2011, p. 134), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Nesse processo, as transcrições dos diálogos foram submetidas à exploração do material, permitindo a identificação de três núcleos de sentido predominantes – fé, medo e esperança – que expressam a dinâmica interior das pessoas entrevistadas. Essas palavras, destacadas também em uma nuvem de palavras, revelam a profundidade emocional e espiritual presente nas narrativas, constituindo o que Leget e Esperandio (2023) denominam espaço interior – o território simbólico onde sentimentos, crenças e memórias se entrelaçam e dão forma à experiência do sagrado.

O espaço interior, no contexto do Modelo Diamante, não é um constructo psicométrico ou mensurável, mas uma metáfora que evoca a arte da conversa, da escuta e da interpretação. Como explica Esperandio (2023, p. 9), “o espaço interior é uma metáfora que

apela à arte da conversa, da escuta e da interpretação [...] sua qualidade e quantidade serão refletidas nos sentidos descobertos ao usar as cinco polaridades como estrutura interpretativa”. Assim, o modelo propicia um método de conversação espiritual no qual a fala e o silêncio se tornam vias de revelação e autoconhecimento.

As cinco dimensões ou polaridades existenciais do Modelo Diamante (Leget; Esperandio, 2023, p. 14) orientaram o percurso analítico desta pesquisa:

- Autonomia (Eu & o Outro): quem sou e o que realmente quero?
- Sofrimento (Fazer algo & Passar por algo): como lido com a dor e o sofrimento?
- Apego/Relações (Segurar & Desapegar): como posso dizer adeus?
- Questões Pendentes (Lembrar & Esquecer): como compreendo minha própria história?
- Esperança (Saber & Crer): em que posso colocar minha esperança?

Durante o processo de diálogo, observou-se que qualquer uma dessas polaridades pode servir como porta de entrada para a conversação espiritual. A estrutura flexível do modelo permite que o cuidador – capelão, profissional de saúde ou pesquisador – conduza o diálogo de forma acolhedora e compassiva, respeitando o ritmo e a sensibilidade do interlocutor.

Os resultados apontam que o Modelo Diamante trouxe como principal novidade a possibilidade de sistematizar o cuidado espiritual como prática de escuta ativa, interpretação simbólica e reconciliação interior. Ele oferece uma ferramenta ética e humanizada que promove a autonomia, a esperança e a dignidade, favorecendo a expressão do espaço interior e a construção de sentido na experiência do envelhecer e do morrer.

Além disso, a pesquisa evidenciou a necessidade de formação especializada para os agentes que atuam em capelarias hospitalares, pastorais da saúde e equipes multiprofissionais. O modelo, ao articular espiritualidade, comunicação e bioética, propõe um novo modo de integração entre ciência e fé, razão e afeto, tornando-se um instrumento inovador de cuidado espiritual no contexto brasileiro.

4. Entre a fé, o medo e a esperança: o espaço interior revelado no Modelo Diamante

Ao aplicar o Modelo Diamante nas conversas com pessoas idosas em cuidados paliativos, emergiram da análise qualitativa três núcleos de sentido centrais: fé, medo e esperança. Essas categorias não foram previamente definidas, mas brotaram espontaneamente das falas, revelando o modo como cada pessoa compreende e vivencia sua espiritualidade no enfrentamento da finitude. Conforme Bardin (2011), a análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 134).

Esses núcleos expressam, portanto, dimensões profundas do espaço interior – metáfora proposta por Leget e Esperandio (2023) para designar o território simbólico onde sentimentos, crenças, lembranças e esperanças se entrelaçam e dão forma à experiência

espiritual. O espaço interior é, mais do que um conceito psicológico, uma realidade existencial que se manifesta na relação entre a pessoa, o outro e o mistério que a transcende.

Durante os diálogos, a fé apareceu como eixo de sustentação e confiança; o medo, como expressão da vulnerabilidade e do limite humano; e a esperança, como força que impulsiona o viver e o morrer com sentido. Essas três dimensões – fé, medo e esperança – configuram, juntas, o coração espiritual da experiência humana, e se tornam pontos de ancoragem do cuidado compassivo proposto pelo Modelo Diamante.

A seguir, são apresentadas as reflexões e trechos dos diálogos que ilustram cada uma dessas dimensões, revelando como o cuidado espiritual possibilita a emergência do sentido mesmo nas circunstâncias de maior fragilidade.

4.1 A fé como eixo de sustentação

A fé foi o tema mais recorrente e transversal nas falas dos participantes. Ela apareceu como força de sustentação interior e não necessariamente vinculada a uma religião institucional. Para muitos, a fé se manifestou como confiança – em Deus, na medicina, na vida ou no simples nascer do sol após uma noite de dor.

- “Tenho fé, mas não vou à igreja há muitos anos... coloco minha fé em Deus, tenho fé que posso ver meu irmão, mesmo que de longe.” (Sr. Azul)
- “Pego uma vela e acendo com muita fé. É a fé que me ajuda!” (Sra. Rosa)
- “Tenho fé de que daqui a alguns anos a medicina vai estar mais avançada.” (Sra. Verde)

Essas falas revelam que a fé transcende o domínio religioso e se inscreve na dimensão existencial. Ela é, como afirma Frankl (1987), a expressão da “vontade de sentido” – a confiança de que a vida ainda guarda um propósito, mesmo diante da dor. A fé, portanto, torna-se um movimento de esperança ativa, que permite aceitar a vulnerabilidade sem perder o desejo de viver com dignidade.

Para o Modelo Diamante, a fé é uma porta de acesso ao espaço interior: ela abre o diálogo entre o “eu” e o “outro”, entre o humano e o mistério. Trata-se de uma força relacional, que restaura a confiança e desperta a serenidade, mesmo em meio ao sofrimento.

4.2 O medo e a experiência da vulnerabilidade

O medo, segundo núcleo de sentido identificado, foi mencionado de forma intensa e com múltiplas nuances. Ele apareceu como medo da morte, do sofrimento, da separação e até do julgamento familiar.

- “Agora tenho medo de tudo! Medo de ser o último dia, medo de não conseguir levantar... quero morrer em paz, mas tenho medo de que seja tarde demais.” (Sr. Azul)
- “A muito tempo perdi a minha fé e no lugar chegou o medo, medo da dor, medo da morte, medo de ser esquecida.” (Sra. Verde)
- “Morro de medo de agulha..., mas enfrento, porque preciso do tratamento.” (Sra. Lilás)

Essas expressões revelam o medo como sentimento humano universal, que acompanha a consciência da finitude. No campo antropológico, Comblin (2010, p. 31) descreve o medo como parte constitutiva da condição humana, pois ele “liga diversos alertas” – o medo de fracassar, de não corresponder às expectativas, de perder o sentido da própria existência.

O Papa Francisco (2023), em diálogo com um escritor que tratava do tema, disse que “o medo é como uma mãe que adverte”, recordando que ele pode proteger e alertar, mas também paralisar se não for acolhido com compaixão.

No contexto do Modelo Diamante, o medo é escutado e interpretado como uma polaridade essencial do espaço interior. Ao permitir que o paciente verbalize seus receios, o cuidador espiritual ajuda a transformar o medo em palavra, o silêncio em encontro, e o sofrimento em reconciliação. Esse processo revela o potencial terapêutico do diálogo compassivo: quando o medo é nomeado, ele perde parte de seu poder e se converte em caminho de libertação.

4.3 A esperança como impulso para a plenitude

A esperança, terceira dimensão revelada, manifestou-se como força vital e espiritual que sustenta o sentido mesmo em meio à dor e à iminência da morte.

- “Tenho esperança de que tudo vai se resolver.” (Sr. Azul)
- “Peço tempo, força, sabedoria... acho que Deus vai me dando chances.” (Sra. Rosa)
- “Difícil falar de esperança para mim, mas eu falo dela para meus netos e filhos.” (Sra. Verde)
- “Gostaria de descobrir o que me falta antes de morrer. Será que vai dar tempo?” (Sr. Amarelo)

Essas falas mostram que a esperança não nega a realidade do sofrimento, mas a ressignifica. Como dimensão espiritual, ela representa o impulso para a plenitude, ou seja, o movimento interior que mantém viva a confiança na vida, mesmo diante da incerteza.

De acordo com Leget (2019), a esperança é uma das expressões mais profundas do espaço interior, pois convida o ser humano a olhar para o futuro não como promessa de cura, mas como horizonte de sentido. Da mesma forma, Frankl (1987) ensina que a esperança nasce quando se descobre um “para quê” viver, mesmo quando o “como” se torna insuportável.

Nos cuidados paliativos, a esperança assume um caráter relacional e compassivo. Ela se manifesta no gesto, no olhar e na presença – é o que permanece quando não há mais o que fazer, mas ainda há o que ser. O Modelo Diamante, ao acolher essa dimensão, favorece uma escuta que não promete soluções, mas oferece companhia, dignidade e reconciliação.

4.4. Síntese interpretativa

Os núcleos de sentido fé, medo e esperança revelam, cada um à sua maneira, as polaridades espirituais do ser humano diante da finitude. O Modelo Diamante, ao propor um diálogo que transita entre essas dimensões, permitiu que os participantes expressassem o indizível – o que habita o silêncio, o gesto e o olhar.

Assim, o modelo não apenas facilitou a conversa sobre o sofrimento e a morte, mas possibilitou um processo de cura interior, onde o espiritual e o humano se encontram. Fé, medo e esperança, nesse contexto, não são apenas sentimentos, mas movimentos da alma que traduzem o mistério da vida e da morte, constituindo o coração do cuidado espiritual.

Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o cuidado espiritual no contexto dos cuidados paliativos, a partir da aplicação do Modelo Diamante em pessoas idosas, no contexto brasileiro. Inspirada pela metodologia qualitativa e pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2011), a investigação buscou compreender como esse modelo de conversação, desenvolvido por Carlo Leget, pode favorecer a escuta, o acolhimento e a ressignificação da experiência da finitude.

Os resultados mostraram que o Modelo Diamante representa uma contribuição inovadora para o campo do cuidado espiritual. Sua estrutura dialógica e simbólica – composta pelas cinco polaridades existenciais – cria um espaço interior no qual a pessoa é convidada a revisitar suas emoções, crenças e memórias de forma livre e compassiva. Essa abertura ao diálogo favorece o encontro com o sentido e com o sagrado, permitindo que a espiritualidade seja vivida como dimensão constitutiva da vida, e não como acessório religioso.

Durante o processo de escuta e análise, três núcleos de sentido emergiram com força: fé, medo e esperança. Eles expressam, simultaneamente, a vulnerabilidade e a potência da existência humana diante da finitude. A fé revelou-se como eixo de confiança e sustentação; o medo, como expressão do limite e da necessidade de ser compreendido; e a esperança, como impulso vital que possibilita significar a vida mesmo no sofrimento. Esses núcleos confirmam o que Leget (2019) descreve como a dinâmica espiritual do espaço interior: um território de reconciliação entre o humano e o transcendente.

O estudo também evidenciou a importância de formar profissionais e agentes pastorais capacitados para o cuidado espiritual. Conforme Esperandio (2020), ainda há grande dificuldade em reconhecer e integrar a dimensão espiritual nas práticas de saúde. O Modelo Diamante surge, portanto, como um instrumento pedagógico e metodológico que pode ampliar as competências relacionais das equipes multiprofissionais, promovendo um cuidado mais integral e humanizado.

No contexto dos cuidados paliativos, o Modelo Diamante reafirma a espiritualidade como proposta de qualidade de vida, pois permite que a pessoa idosa, mesmo diante da fragilidade, encontre sentido, serenidade e dignidade em seu percurso de finitude. Ele propõe uma forma de cuidado que ultrapassa o fazer técnico e alcança o ser-com-o-outro, valorizando a presença, a escuta e a compaixão como expressões do amor ético e terapêutico.

Conclui-se que o Modelo Diamante, ao integrar Teologia, Bioética e Ciências Humanas, oferece um novo horizonte para o cuidado espiritual no Brasil. Sua aplicação evidencia que o diálogo é caminho de cura e que o cuidado espiritual, quando realizado com sensibilidade e preparo, transforma o sofrimento em aprendizado e a finitude em encontro com o mistério da vida. Assim, o modelo não apenas amplia o olhar sobre o envelhecimento

e o morrer, mas também nos ensina que cuidar espiritualmente é um ato de esperança – um gesto que afirma a vida, mesmo quando ela se aproxima do seu limite.

Referências

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- COMBLIN, José. **O medo e a fé: os desafios do cristianismo na modernidade**. São Paulo: Paulus, 2010.
- ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Cuidado espiritual nos cuidados paliativos: desafios e possibilidades**. Revista Pistis & Praxis, Curitiba, v. 12, n. 3, 2020, p. 543–559.
- ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; LEGET, Carlo. **O Modelo Diamante: um método de conversa espiritual em cuidados paliativos**. Curitiba: PUCPR, 2023.
- FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- LEGET, Carlo. **Art of Living, Art of Dying: Spiritual Care for a Good Death**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2019.
- MASSUDA, Adriano; et al. Envelhecimento populacional e desafios para o sistema de saúde brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 146, 2020.
- PAPA FRANCISCO. **Mensagem do Papa Francisco por ocasião do Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa**. Twitter, 15 jun. 2020. Disponível em: https://twitter.com/pontifex_pt/status/1272538641022720000 . Acesso em: 2 nov. 2025.
- SENA, Ana Carolina. Religiosidade, espiritualidade e suas relações com a saúde. **Revista Brasileira de Saúde e Espiritualidade**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2021, p. 25–36.

Recebido em: 15/06/2025

Aceito em: 02/12/2025