RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

SUBESTRUTURAÇÃO DA RITUALIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PESSOAS EM FASE TERMINAL

Osiris Mario Perez Mendoza (osiris.mario.pm10@gmail.com)

Patricia González Ramírez (pgonzalez.eneo@gmail.com)

Alejandra Valencia Cruz (avcpsicoclass@yahoo.com.mx)

Subestruturação da ritualização do cuidado de enfermagem em pessoas em fase terminal

Introdução

O cuidado das pessoas em fase terminal é um aspecto fundamental, embora frequentemente negligenciado, nos sistemas de saúde atuais. Em nível global, as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se a principal causa de mortalidade e geram uma necessidade crescente de cuidados paliativos. Estima-se que, até o ano de 2060, o número de indivíduos que necessitarão de cuidados no fim da vida terá dobrado em comparação com os números atuais,

devido ao envelhecimento da população e ao aumento contínuo de doenças oncológicas, neurológicas e cardiorrespiratórias em estágios avançados.

Na América Latina, essa problemática se intensifica. Menos de 10% da população que necessita de cuidados paliativos recebe efetivamente essa atenção, embora as doenças não transmissíveis já sejam a principal causa de morte em quase todos os países da região. As deficiências de infraestrutura, a falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde em tanatologia e cuidados paliativos, bem como uma cultura que tende a negar a morte, são obstáculos significativos que perpetuam o abandono desse grupo populacional.

Dentro desse contexto, a equipe de enfermagem desempenha um papel central e, ao mesmo tempo, encontra-se em uma posição de grande vulnerabilidade. São os profissionais de enfermagem que acompanham continuamente o paciente em sua fase final, preparam o corpo para seu descanso, organizam o ambiente e apoiam a família durante esses momentos críticos. Essas ações, que abrangem desde o cuidado pessoal até a organização do espaço físico ou o silêncio compartilhado ao lado do leito, vão além de sua dimensão técnica e adquirem um significado simbólico e ritual.

Segundo a classificação do conhecimento disciplinar apresentada por Fawcett, as teorias de médio alcance ocupam uma posição intermediária entre os modelos conceituais altamente abstratos e as teorias específicas voltadas para práticas concretas. Caracterizam-se por serem propostas particulares, delimitadas e suscetíveis de verificação empírica, o que as torna ferramentas valiosas para fundamentar a pesquisa clínica em enfermagem. A Teoria da Prática Ritual formulada por Catherine Bell, reinterpretada aqui como uma teoria de médio alcance aplicável ao cuidado de enfermagem, reúne essas características: delimita um fenômeno específico, a ritualização; estabelece relações entre conceitos operacionais como corpo, pensamento, ação e contexto; e permite formular hipóteses que podem ser testadas sobre a prática de enfermagem nos últimos momentos de vida.

Bell define a ritualização não como um conjunto rígido ou religioso de atos, mas como uma estratégia prática que distingue certas ações ordinárias das demais e lhes confere um significado especial. Estudos recentes, incluindo os publicados

em 2019 e 2025, reafirmaram a relevância dessa abordagem em contextos paliativos atuais. Esses estudos indicam que a falta de rituais na cultura pós-moderna gerou um vazio espiritual no final da vida que pode ser abordado pelos profissionais de enfermagem.

A subestruturação do fenômeno da ritualização dentro do marco teórico proposto por Bell e com base na hierarquia proposta por Fawcett representa uma contribuição metodológica destinada a reduzir essa lacuna. Isso se concretiza ao estabelecer as condições lógicas necessárias para realizar uma mensuração rigorosa do fenômeno mencionado.

Objetivo:

Identificar a relação entre o cuidado de enfermagem e as práticas rituais na atenção às pessoas em fase terminal.

Método

Foi realizada uma subestruturação teórica da ritualização do cuidado de enfermagem em pessoas em fase terminal, seguindo de maneira canônica o procedimento de quatro etapas descrito por Dulock e Holzemer (1991). O referencial conceitual foi a Teoria da Prática Ritual de Catherine Bell (1997), classificada na hierarquia do conhecimento de Fawcett (2006) como uma teoria de médio alcance, cujos conceitos nucleares são: corpo, pensamento, ação e contexto. O processo foi desenvolvido nas etapas descritas a seguir.

Etapa 1. Identificação e isolamento dos conceitos principais

A primeira etapa consistiu em identificar e definir com precisão os conceitos que, no marco da Teoria da Prática Ritual de Bell, são pertinentes para explicar a ritualização do cuidado em pessoas no fim da vida. Da revisão sistemática da obra de Bell e dos trabalhos de enfermagem que aplicaram sua teoria, isolaram-se quatro conceitos principais e um conceito central integrador:

Ritualização. Conceito central da teoria de Bell. Define-se como o processo por meio do qual certas ações de cuidado são distinguidas das demais atividades cotidianas e dotadas de um significado que vai além de sua função técnica imediata.

Pensamento. Refere-se à intencionalidade consciente, à orientação ético-compassiva e ao estado cognitivo-reflexivo com que o profissional de enfermagem se aproxima do cuidado do paciente moribundo.

Ação. Compreende o conjunto de intervenções observáveis executadas pelo profissional de enfermagem na atenção ao paciente em fase terminal: o cuidado corporal, o controle de sintomas, o toque terapêutico, a organização do ambiente, o acompanhamento presencial e as ações post mortem.

Corpo. É conceituado em duas dimensões inseparáveis: o corpo do paciente — que é objeto de cuidado e portador de identidade, história e dignidade.

Contexto. Engloba as condições do ambiente — físico, organizacional, cultural e institucional — nas quais o cuidado ocorre. Em um hospital de terceiro nível, o contexto é definido pela cultura institucional.

Etapa 2. Especificação das relações entre os conceitos

A segunda etapa consistiu em explicitar as relações postuladas entre os conceitos identificados. De acordo com Bell, a ritualização não emerge da ação isolada nem do pensamento abstrato, mas de sua articulação simultânea em um contexto específico. A lógica relacional derivada da teoria é a seguinte:

A combinação dinâmica de pensamento intencional e ação deliberada, executada pelo profissional de enfermagem, dá lugar à ritualização do cuidado. Essa ritualização não opera no vazio, mas é condicionada, facilitada ou limitada pelo contexto institucional, cultural e relacional em que a atenção ocorre. O produto da ritualização é a transformação da experiência corporal do paciente: um corpo ritualizado que enfrenta a morte com maior dignidade, menor sofrimento e maior conforto. A relação entre os conceitos é, portanto, circular e dinâmica: o pensamento orienta a ação, a ação sobre o corpo produz significado, o contexto modula todo o processo, e o resultado retroalimenta a intencionalidade do profissional.

Etapa 3. Ordenamento hierárquico dos conceitos por nível de abstração

A terceira etapa implicou ordenar os conceitos identificados segundo seu nível de abstração, do mais teórico ao mais próximo da mensuração empírica direta. Essa hierarquização é indispensável para garantir a coerência entre o nível conceitual e o operacional do instrumento de medida.

Etapa 4. Ilustração das relações entre as variáveis

A quarta e última etapa consistiu em traduzir as relações conceituais especificadas na etapa 2 em relações entre variáveis empíricas, isto é, em operacionalizar os conceitos de modo que possam ser medidos na prática clínica real. Essa tradução constitui a base para a construção dos itens do instrumento.

Resultados

A ritualização no cuidado de enfermagem para pessoas em fase terminal representa um avanço em direção a uma atenção mais humana e centrada na pessoa. Embora as doenças não transmissíveis continuem sendo um desafio de saúde pública, os rituais ajudam a aliviar o sofrimento, preservar a dignidade e fortalecer vínculos entre pacientes, famílias e profissionais. No entanto, a

evidência empírica sobre intervenções ritualizadas para o sofrimento espiritual é limitada. Propõe-se um percurso metodológico baseado em teorias de transição para estruturar e avaliar essas práticas, destacando a ritualização como um componente ético essencial que requer maior pesquisa e validação teórica.

Conclusão

A ritualização no cuidado de enfermagem para pessoas em fase terminal representa um avanço em direção a uma atenção mais humana e centrada na pessoa. Embora as doenças não transmissíveis continuem sendo um desafio de saúde pública, os rituais ajudam a aliviar o sofrimento, preservar a dignidade e fortalecer vínculos entre pacientes, famílias e profissionais. No entanto, a evidência empírica sobre intervenções ritualizadas para o sofrimento espiritual é limitada. Propõe-se um percurso metodológico baseado na teoria da prática ritual de Catherine Bell para estruturar e avaliar essas práticas, destacando a ritualização como um componente ético essencial que requer maior pesquisa e validação teórica.

Referências

Bell, C. (1997). Ritual: Perspectives and dimensions. Oxford University Press.

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. Nursing Science Quarterly, 4(2), 83–87.

Fawcett, J. (2006). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2.ª ed.). F.A. Davis Company.

Peeler, A., Afolabi, O., Sleeman, K. E., Akoum, M. E., Gafer, N., Hammerich, A., et al. (2025). Confronting global inequities in palliative care. BMJ Global Health, 10(5). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017624

Mendoza, C. M. (2020). Cuidados paliativos e atenção a pacientes com doenças crônicas avançadas na América Latina. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano, 1(1), 19. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v1i1.7

Palavras-chave: ritualização; cuidado de enfermagem; fase terminal; subestruturação teórica; teoria de médio alcance.

Subestructuración de la ritualización del cuidado de enfermería en personas en etapa terminal

Introducción

El cuidado de las personas en fase terminal es un aspecto fundamental, aunque a menudo desatendido, en los sistemas de salud actuales. A nivel global, las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en la principal causa de mortalidad y generan una creciente necesidad de atención paliativa. Se estima que para el año 2060, el número de individuos que necesitarán cuidados al final de la vida se habrá duplicado en comparación con las cifras actuales, debido al envejecimiento de la población y al aumento continuo de enfermedades oncológicas, neurológicas y cardiorrespiratorias en etapas avanzadas.

En América Latina, esta problemática se intensifica. Menos del 10% de la población que necesita cuidados paliativos recibe efectivamente esa atención, a pesar de que las enfermedades no transmisibles son ya la principal causa de muerte en casi todos los países de la región. Las deficiencias en infraestructura, la falta de capacitación adecuada para los profesionales de la salud en tanatología y cuidados paliativos, así como una cultura que tiende a negar la muerte, son obstáculos significativos que perpetúan el abandono hacia este grupo poblacional.

Dentro de este contexto, el personal de enfermería juega un papel central y, al mismo tiempo, se encuentra en una posición de gran vulnerabilidad. Son los profesionales de la enfermería quienes acompañan continuamente al paciente en su etapa final, preparan el cuerpo para su descanso, organizan el entorno y

apoyan a la familia durante estos momentos críticos. Estas acciones, que abarcan desde el cuidado personal hasta la disposición del espacio físico o el silencio compartido junto a la cama; van más allá de su dimensión técnica y adquieren un significado simbólico y ritual.

Según la clasificación del conocimiento disciplinar presentada por Fawcett, las teorías de rango medio ocupan una posición intermedia entre los modelos conceptuales altamente abstractos y las teorías específicas dirigidas a prácticas concretas. Se caracterizan por ser propuestas particulares, delimitadas y susceptibles de verificación empírica, lo que las convierte en herramientas valiosas para fundamentar la investigación clínica en enfermería. La Teoría de la Práctica Ritual formulada por Catherine Bell, reinterpretada aquí como una teoría de rango medio aplicable al cuidado de enfermería, reúne estas características: delimita un fenómeno específico, la ritualización establece relaciones entre conceptos operativos como cuerpo, pensamiento, acción y contexto, y permite formular hipótesis que pueden ser contrastadas sobre la práctica enfermera en los últimos momentos de vida.

Bell define la ritualización no como un conjunto rígido o religioso de actos, sino como una estrategia práctica que distingue ciertas acciones ordinarias del resto y les otorga un significado especial. Estudios recientes, incluyendo aquellos publicados en 2019 y 2025, han reafirmado la relevancia de este enfoque en contextos paliativos actuales. Estos estudios indican que la falta de rituales en la cultura postmoderna ha generado un vacío espiritual al final de la vida que puede ser abordado por los profesionales de enfermería.

La subestructuración del fenómeno de la ritualización dentro del marco teórico propuesto por Bell y basado en la jerarquía planteada por Fawcett representa una contribución metodológica destinada a cerrar esta brecha. Esto se logra al establecer las condiciones lógicas necesarias para llevar a cabo una medición rigurosa del fenómeno mencionado.

Objetivo:

Identificar la relación entre el cuidado de enfermería y las prácticas rituales en la atención a las personas en etapa terminal.

Método

Se llevó a cabo una subestructuración teórica de la ritualización del cuidado de enfermería en personas en etapa terminal, siguiendo de manera canónica el procedimiento de cuatro pasos descrito por Dulock y Holzemer (1991). El referente conceptual fue la Teoría de la Práctica Ritual de Catherine Bell (1997), clasificada en la horarquía del conocimiento de Fawcett (2006) como una teoría de rango medio, cuyos conceptos nucleares son: cuerpo, pensamiento, acción y contexto. El proceso se desarrolló en las etapas que se describen a continuación.

Paso 1. Identificación y aislamiento de los conceptos principales

El primer paso consistió en identificar y definir con precisión los conceptos que, en el marco de la Teoría de la Práctica Ritual de Bell, resultan pertinentes para explicar la ritualización del cuidado en personas al final de la vida. De la revisión sistemática de la obra de Bell y de los trabajos de enfermería que han aplicado su teoría, se aislaron cuatro conceptos principales y un concepto central integrador:

Ritualización. Concepto central de la teoría de Bell. Se define como el proceso mediante el cual ciertas acciones de cuidado son distinguidas del resto de las actividades cotidianas y dotadas de un significado que va más allá de su función técnica inmediata.

Pensamiento. Se refiere a la intencionalidad consciente, la orientación ético-compasiva y el estado cognitivo-reflexivo con el que el profesional de enfermería se aproxima al cuidado del paciente moribundo.

Acción. Comprende el conjunto de intervenciones observables que ejecuta el profesional de enfermería en la atención al paciente en etapa terminal: el cuidado corporal, el control de síntomas, el tacto terapéutico, la organización del entorno, el acompañamiento presencial y las acciones post mortem

Cuerpo. Se conceptualiza en dos dimensiones inseparables: el cuerpo del paciente que es objeto de cuidado y portador de identidad, historia y dignidad.

Contexto. Engloba las condiciones del entorno físico, organizacional, cultural e institucional en las que ocurre el cuidado. En un hospital de tercer nivel, el contexto está definido por la cultura institucional.

Paso 2. Especificación de las relaciones entre los conceptos

El segundo paso consistió en explicitar las relaciones que se postulan entre los conceptos identificados. De acuerdo con Bell, la ritualización no emerge de la acción aislada ni del pensamiento abstracto, sino de su articulación simultánea en un contexto específico. La lógica relacional que se deriva de la teoría es la siguiente:

La combinación dinámica de pensamiento intencional y acción deliberada, ejecutada por el profesional de enfermería, da lugar a la ritualización del cuidado. Esta ritualización no opera en el vacío, sino que está condicionada facilitada o limitada por el contexto institucional, cultural y relacional en el que ocurre la atención. El producto de la ritualización es la transformación de la experiencia corporal del paciente: un cuerpo ritualizado que enfrenta la muerte con mayor dignidad, menor sufrimiento y mayor confort. La relación entre los conceptos es, por tanto, circular y dinámica: el pensamiento orienta la acción, la

acción sobre el cuerpo produce significado, el contexto modula todo el proceso, y el resultado retroalimenta la intencionalidad del profesional.

Paso 3. Ordenamiento jerárquico de los conceptos por nivel de abstracción

El tercer paso implicó ordenar los conceptos identificados según su nivel de abstracción, desde el más teórico hasta el más cercano a la medición empírica directa. Esta jerarquización es indispensable para garantizar la coherencia entre el nivel conceptual y el operacional del instrumento de medición.

Paso 4. Ilustración de las relaciones entre las variables

El cuarto y último paso consistió en traducir las relaciones conceptuales especificadas en el paso 2 a relaciones entre variables empíricas, es decir, en operacionalizar los conceptos de manera que puedan ser medidos en la práctica clínica real. Esta traducción constituye la base para la construcción de los ítems del instrumento.

Resultados

La ritualización en el cuidado de enfermería para personas en etapa terminal representa un avance hacia una atención más humana y centrada en la persona. Aunque las enfermedades no transmisibles siguen siendo un reto de salud pública, los rituales ayudan a aliviar el sufrimiento, preservar la dignidad y fortalecer vínculos entre pacientes, familias y profesionales. Sin embargo, la evidencia empírica sobre intervenciones ritualizadas para el sufrimiento espiritual es limitada. Se propone una ruta metodológica basada en teorías de transición para estructurar y evaluar estas prácticas, destacando la ritualización como un componente ético esencial que requiere mayor investigación y validación teórica.

Conclusión

La ritualización en el cuidado de enfermería para personas en etapa terminal representa un avance hacia una atención más humana y centrada en la persona. Aunque las enfermedades no transmisibles siguen siendo un reto de salud pública, los rituales ayudan a aliviar el sufrimiento, preservar la dignidad y fortalecer vínculos entre pacientes, familias y profesionales. Sin embargo, la evidencia empírica sobre intervenciones ritualizadas para el sufrimiento espiritual es limitada. Se propone una ruta metodológica basada en la teoría de la práctica ritual de Catherine Bell para estructurar y evaluar estas prácticas, destacando la ritualización como un componente ético esencial que requiere mayor investigación y validación teórica.

Referencias

Bell, C. (1997). Ritual: Perspectives and dimensions. Oxford University Press.

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. Nursing Science Quarterly, 4(2), 83–87.

Fawcett, J. (2006). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2.ª ed.). F.A. Davis Company.

Peeler, A., Afolabi, O., Sleeman, K. E., Akoum, M. E., Gafer, N., Hammerich, A., et al. (2025). Confronting global inequities in palliative care. BMJ Global Health, 10(5). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017624

Mendoza, C. M. (2020). Cuidados paliativos y atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en América Latina. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano, 1(1), 19. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v1i1.7

Palabras clave: ritualización; cuidado de enfermería; etapa terminal; subestructuración teórica; teoría de rango medio.

Substruction of the Ritualization of Nursing Care in People at the Terminal Stage

Introduction

Caring for people in the terminal stage is a fundamental, though often neglected, aspect of today's health systems. Globally, noncommunicable chronic diseases have become the leading cause of mortality and generate a growing need for palliative care. It is estimated that by 2060, the number of individuals requiring end-of-life care will have doubled compared with current figures, due to population aging and the continued rise of oncological, neurological, and cardiorespiratory diseases in advanced stages.

In Latin America, this problem is even more acute. Fewer than 10% of people who need palliative care actually receive it, even though noncommunicable diseases are already the leading cause of death in nearly every country in the region. Deficiencies in infrastructure, inadequate training for health professionals in thanatology and palliative care, as well as a culture that tends to deny death, are significant obstacles that perpetuate the neglect of this population group.

Within this context, nursing personnel play a central role and, at the same time, occupy a position of great vulnerability. Nursing professionals are the ones who continuously accompany the patient in the final stage of life, prepare the body for rest, organize the surroundings, and support the family during these critical moments. These actions, ranging from personal care to the arrangement of physical space or the shared silence at the bedside, go beyond their technical dimension and acquire symbolic and ritual meaning.

According to the classification of disciplinary knowledge presented by Fawcett, middle-range theories occupy an intermediate position between highly abstract conceptual models and theories directed at specific practices. They are characterized by being particular, delimited, and empirically testable proposals, which makes them valuable tools for grounding clinical nursing research. The Theory of Ritual Practice formulated by Catherine Bell, reinterpreted here as a middle-range theory applicable to nursing care, brings together these characteristics: it delimits a specific phenomenon, ritualization; establishes

relationships among operational concepts such as body, thought, action, and context; and allows for the formulation of hypotheses that can be tested regarding nursing practice in the last moments of life.

Bell defines ritualization not as a rigid or religious set of acts, but as a practical strategy that distinguishes certain ordinary actions from the rest and grants them special meaning. Recent studies, including those published in 2019 and 2025, have reaffirmed the relevance of this approach in current palliative contexts. These studies indicate that the lack of rituals in postmodern culture has generated a spiritual void at the end of life that may be addressed by nursing professionals.

The substruction of the phenomenon of ritualization within the theoretical framework proposed by Bell and based on the hierarchy put forward by Fawcett represents a methodological contribution intended to close this gap. This is achieved by establishing the logical conditions necessary to carry out a rigorous measurement of the aforementioned phenomenon.

Objective:

To identify the relationship between nursing care and ritual practices in the care of people at the terminal stage.

Method

A theoretical substruction of the ritualization of nursing care in people at the terminal stage was carried out, canonically following the four-step procedure described by Dulock and Holzemer (1991). The conceptual framework was Catherine Bell's Theory of Ritual Practice (1997), classified within Fawcett's hierarchy of knowledge (2006) as a middle-range theory, whose core concepts are body, thought, action, and context. The process was developed in the stages described below.

Step 1. Identification and isolation of the main concepts

The first step consisted of identifying and precisely defining the concepts that, within Bell's Theory of Ritual Practice, are relevant for explaining the ritualization of care in people at the end of life. From the systematic review of Bell's work and of nursing studies that have applied her theory, four main concepts and one central integrative concept were isolated:

Ritualization. Central concept of Bell's theory. It is defined as the process through which certain care actions are distinguished from the rest of everyday activities and endowed with a meaning that goes beyond their immediate technical function.

Thought. Refers to the conscious intentionality, ethical-compassionate orientation, and cognitive-reflective state with which the nursing professional approaches the care of the dying patient.

Action. Comprises the set of observable interventions carried out by the nursing professional in caring for the patient at the terminal stage: bodily care, symptom control, therapeutic touch, organization of the environment, in-person accompaniment, and post-mortem actions.

Body. It is conceptualized in two inseparable dimensions: the patient's body—which is the object of care and the bearer of identity, history, and dignity.

Context. Encompasses the conditions of the environment—physical, organizational, cultural, and institutional—in which care occurs. In a tertiary-level hospital, the context is defined by institutional culture.

Step 2. Specification of the relationships among the concepts

The second step consisted of making explicit the relationships posited among the identified concepts. According to Bell, ritualization does not emerge from isolated action or abstract thought, but from their simultaneous articulation in a specific context. The relational logic derived from the theory is as follows:

The dynamic combination of intentional thought and deliberate action, carried out by the nursing professional, gives rise to the ritualization of care. This ritualization does not operate in a vacuum; rather, it is conditioned, facilitated, or limited by the institutional, cultural, and relational context in which care takes place. The product of ritualization is the transformation of the patient's bodily experience: a ritualized body that faces death with greater dignity, less suffering, and greater comfort. The relationship among the concepts is therefore circular and dynamic: thought guides action, action upon the body produces meaning, context modulates the entire process, and the result feeds back into the professional's intentionality.

Step 3. Hierarchical ordering of the concepts by level of abstraction

The third step involved ordering the identified concepts according to their level of abstraction, from the most theoretical to the one closest to direct empirical measurement. This hierarchy is indispensable to ensure coherence between the conceptual level and the operational level of the measurement instrument.

Step 4. Illustration of the relationships among the variables

The fourth and final step consisted of translating the conceptual relationships specified in Step 2 into relationships among empirical variables, that is, operationalizing the concepts so that they can be measured in real clinical practice. This translation constitutes the basis for constructing the items of the instrument.

Results

Ritualization in nursing care for people at the terminal stage represents progress toward more humane, person-centered care. Although noncommunicable diseases remain a public health challenge, rituals help relieve suffering, preserve dignity, and strengthen bonds among patients, families, and professionals. However, empirical evidence on ritualized interventions for

spiritual suffering is limited. A methodological pathway based on transition theories is proposed to structure and evaluate these practices, highlighting ritualization as an essential ethical component that requires further research and theoretical validation.

Conclusion

Ritualization in nursing care for people at the terminal stage represents progress toward more humane, person-centered care. Although noncommunicable diseases remain a public health challenge, rituals help relieve suffering, preserve dignity, and strengthen bonds among patients, families, and professionals. However, empirical evidence on ritualized interventions for spiritual suffering is limited. A methodological pathway based on Catherine Bell's theory of ritual practice is proposed to structure and evaluate these practices, highlighting ritualization as an essential ethical component that requires further research and theoretical validation.

References

Bell, C. (1997). Ritual: Perspectives and dimensions. Oxford University Press.

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. Nursing Science Quarterly, 4(2), 83–87.

Fawcett, J. (2006). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2.ª ed.). F.A. Davis Company.

Peeler, A., Afolabi, O., Sleeman, K. E., Akoum, M. E., Gafer, N., Hammerich, A., et al. (2025). Confronting global inequities in palliative care. BMJ Global Health, 10(5). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017624

Mendoza, C. M. (2020). Palliative care and care for patients with advanced chronic diseases in Latin America. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano, 1(1), 19. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v1i1.7

Keywords: ritualization; nursing care; terminal stage; theoretical substruction; middle-range theory.

Palavras-chave: ritualização; cuidado de enfermagem; fase terminal; subestruturação teórica; teoria de médio alcance.