

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

ROBERTO RIBEIRO DE MOURA

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: O CASO DE PACIENTES DA
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL GERAL**

GOIÂNIA
2025

ROBERTO RIBEIRO DE MOURA

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: O CASO DE PACIENTES DA
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL GERAL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Área de concentração: Religião e Movimentos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos

GOIÂNIA
2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás

M929e Moura, Roberto Ribeiro de.
Espiritualidade e saúde : o caso de pacientes da unidade
de cuidados paliativos em um hospital geral / Roberto
Ribeiro de Moura. -- 2025.
1 recurso online (70 f.).

Texto em português, com resumo em inglês.
Orientadora: Prof.* Dr.* Carolina Teles Lemos.
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Escola de Formação de Professores e Humanidades,
Goiânia, 2024.
Inclui referências: f. 59-68.

1. Espiritualidade. 2. Cuidados paliativos. 3. Saúde.
I. Lemos, Carolina Teles - 1958. II. Pontifícia Universidade
Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Religião - 12/02/2025. III. Título.

CDU: 2-486(043)

Bibliotecas: Mércia Rita Figue - CCRU053



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pontifical Catholic University of Goiás
Av. Universitária, 1069, Setor Universitário
Caixa Postal 86 - CEP 74.605-010
Goiânia - Goiás - Brasil

ATA Nº 336/2025

SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

No dia **12 de fevereiro de 2025**, às **14h**, foi realizada via webconferência, a sessão pública de Defesa de Dissertação de **ROBERTO RIBEIRO DE MOURA**, discente do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em **Ciências da Religião** da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com trabalho intitulado **"ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: O CASO DE PACIENTES DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL GERAL"**. A Banca Examinadora foi composta por: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos / PUC Goiás (Presidente); Prof. Dr. José Reinaldo Felipe Martins Filho / PUC Goiás; Prof. Dr. Gilson Xavier de Azevedo/ UEG; Profa. Dra. Andréa Batista Magalhães / PUC Goiás; Prof. Dr. Clóvis Ecco / PUC Goiás (Suplente) e Profa. Dra. Ângela Teixeira de Moraes / UFG (Suplente). O trabalho da Banca Examinadora foi conduzido pelo(a) Presidente da Banca que, inicialmente após apresentar os docentes integrantes da Banca Examinadora, concedeu 30 minutos ao(a) discente para que este(a) expusesse seu trabalho. Após a exposição o(a) Presidente da Banca concedeu a palavra a cada membro para que estes arguissem o(a) discente. A banca examinadora deliberou pela manutenção do título original do trabalho apresentado, . Durante a arguição os membros da banca apresentaram suas contribuições ao trabalho, com sugestões para conclusão do estudo e apresentação dos resultados da pesquisa. Após o encerramento das arguições a banca examinadora, reunida isoladamente, avaliou o trabalho desenvolvido e o desempenho do(a) discente, considerando sua trajetória no curso e o trabalho produzido. Como resultado a Banca Examinadora deliberou pela **APROVAÇÃO da Dissertação**. Proclamado o resultado pelo(a) Presidente da Banca, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente Ata que é assinada pelos membros da banca e pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião.

Goiânia, GO, 12 de fevereiro de 2025

Assinam esta Ata,
Banca Examinadora

Profa. Dra. Carolina Teles Lemos / PUC Goiás (Presidente); Prof. Dr. José Reinaldo Felipe Martins Filho / PUC Goiás; Prof. Dr. Gilson Xavier de Azevedo/ UEG e Profa. Dra. Andréa Batista Magalhães / PUC Goiás.

Prof. Dr. Clóvis Ecco - Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião

Página de assinaturas


José Filho
Signatário


Carolina Lemos
Signatário


Gilson Azevedo
Signatário


Clóvis Ecco
Signatário

HISTÓRICO

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 13 fev 2025
15:46:18 |  | Clóvis Ecco criou este documento. (Email: ppcr@pucgoias.edu.br) |
| 13 fev 2025
16:04:53 |  | Carolina Teles Lemos (Email: cetelemos@uol.com.br) visualizou este documento por meio do IP 187.99.64.207 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil |
| 13 fev 2025
16:05:05 |  | Carolina Teles Lemos (Email: cetelemos@uol.com.br) assinou este documento por meio do IP 187.99.64.207 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil |
| 13 fev 2025
16:04:43 |  | José Reinaldo Felipe Martins Filho (Email: jreinaldomartins@gmail.com) visualizou este documento por meio do IP 200.18.170.243 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil |
| 13 fev 2025
16:04:48 |  | José Reinaldo Felipe Martins Filho (Email: jreinaldomartins@gmail.com) assinou este documento por meio do IP 200.18.170.243 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil |
| 14 fev 2025
06:01:50 |  | Gilson Xavier de Azevedo (Email: gilsoneduc@yahoo.com.br) visualizou este documento por meio do IP 168.195.146.27 localizado em Quirinópolis - Goiás - Brazil |
| 14 fev 2025
06:03:09 |  | Gilson Xavier de Azevedo (Email: gilsoneduc@yahoo.com.br) assinou este documento por meio do IP 168.195.146.27 localizado em Quirinópolis - Goiás - Brazil |
| 14 fev 2025
19:42:25 |  | Clóvis Ecco (Email: clovis@pucgoias.edu.br) visualizou este documento por meio do IP 143.0.254.223 localizado em Anápolis - Goiás - Brazil |



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento
Hash SHA256 do PDF original 486761ca991046dbd0e4ca76f0fce09a681c04adc392f4e99beb038683f2ebbd
<https://valida.ae/beda331eea3a9fbcfab312cbdedfb1ca623a571672f7aea80>



autentique

Autenticação eletrônica 3/3
Data e horários em GMT -3:00 São Paulo
Última atualização em 27 fev 2025 às 09:39
Identificador: beda331eea3a9fbcfab312cbdedfb1ca623a571672f7aea80

14 fev 2025

19:42:29



Clóvis Ecco (Email: clovis@pucgoias.edu.br) assinou este documento por meio do IP 143.0.254.223
localizado em Anápolis - Goiás - Brazil

Dedico esta dissertação à minha família, que sempre me apoiou com um amor ágape, à minha namorada e aos amigos que me acompanharam nessa caminhada. Sem vocês, este momento não seria possível.

“Na quietude de um quarto hospitalar, a fé silenciosa se torna companhia e a esperança, mesmo sutil, floresce no espaço entre o agora e o eterno”.

Autor Desconhecido

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa não apenas o fim de uma etapa acadêmica, mas também a soma de esforços, apoio e incentivo de diversas pessoas e instituições.

Minha imensa gratidão a Deus e à Nossa Senhora, que guiam meus passos e iluminam meus sentidos e propósitos.

Agradeço à minha família, que foi minha base ao longo de toda essa jornada, oferecendo amor, paciência e compreensão nos momentos mais desafiadores. À minha namorada e amigos, que estiveram ao meu lado com palavras de encorajamento e apoio.

À minha orientadora, Carolina Teles Lemos, agradeço pela dedicação, paciência e sabedoria, que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Sua orientação cuidadosa e incentivo constante me proporcionaram crescimento pessoal e acadêmico.

Aos professores do programa de pós-graduação, sou grato pelas valiosas contribuições e ensinamentos ao longo do curso. Também agradeço aos membros da banca, Dr. José Reinaldo F. Martins Filho e Dr^a. Andréa Magalhães, pelas sugestões e críticas construtivas que ajudaram a enriquecer esta dissertação.

Aos colegas de curso e amigos, que compartilharam comigo as dificuldades e as vitórias, meu agradecimento sincero. A troca de experiências e o apoio mútuo tornaram essa trajetória mais leve e enriquecedora.

Às doutoras Lídia, Brígida e Beatriz do Setor de Cuidados Paliativos do Hospital, que me ensinaram muito sobre essa linda filosofia de cuidados.

Aos pacientes participantes desta pesquisa, que compartilharam comigo o bilhete de sua plataforma, compartilhando seus sentidos de vidas e me permitindo acompanhá-los em seus destinos.

Por fim, agradeço às instituições Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Instituição Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e CAPES pelo apoio financeiro e pelas oportunidades que me foram concedidas, permitindo que esta pesquisa fosse realizada com os recursos necessários.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado.

RESUMO

MOURA, Roberto Ribeiro. **Espiritualidade e saúde**: o caso de pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos em um hospital geral. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, 2025.

A espiritualidade, ao se manifestar na dor, revela a potência do humano em se reconstruir, mesmo diante da inevitabilidade do fim. Este estudo abordou a temática da espiritualidade inserida na saúde, mais especificamente nos contextos de Cuidados Paliativos (CP) dentro de um hospital geral, tendo atingido parte de seu objetivo de compreender por meio das narrativas experienciais dos participantes da pesquisa como a espiritualidade é vivenciada desde o diagnóstico de CP até os critérios de terminalidade. O método qualitativo de caráter fenomenológico proporcionou uma análise ampliada e holística do objeto, permitindo um acesso a um nível de experiência que não seria capaz de ser quantificado. Participaram desta pesquisa 4 pacientes com o diagnóstico de CP. Apesar da perda amostral de parte dos participantes, a pesquisa revelou que a espiritualidade desempenha um papel essencial na vivência do adoecimento e no enfrentamento da finitude. As narrativas indicaram que a espiritualidade se manifesta de diversas formas, ultrapassando práticas religiosas formais e revelando-se na reconciliação com a própria história, na conexão com o outro e na busca por sentido. Observou-se que, mesmo diante da impossibilidade de cura, a espiritualidade contribui para a reconstrução do ser e para a ressignificação da morte, transformando o ambiente hospitalar em um espaço de dignidade e significado. Recomenda-se que futuras investigações aprofundem a temática em diferentes contextos de CP, ampliando a compreensão do papel da espiritualidade para pacientes, familiares e equipes de saúde. Este estudo reforça a necessidade de integrar a dimensão espiritual nos cuidados paliativos, contribuindo para uma assistência mais humanizada e integral.

Palavras-chave: Espiritualidade. Saúde. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

MOURA, Roberto Ribeiro. **Spirituality and health**: the case of patients in the Palliative Care Unit in a general hospital. Dissertation (Master's Degree in Religious Sciences) - Postgraduate Program in Religious Sciences, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Goiás, 2025.

Spirituality, when manifested in pain, reveals the human power to rebuild himself/herself, even when faced with the inevitability of the end. This study addressed the theme of spirituality inserted in health, more specifically in the context of Palliative Care (PC) within a general hospital, having achieved part of its objective of understanding, through the experiential narratives of the research participants, how spirituality is experienced from the diagnosis of PC to the terminality criteria. The qualitative method of phenomenological nature provided an expanded and holistic analysis of the object, allowing access to a level of experience that would not be able to be quantified. Four patients diagnosed with PC participated in this research. Despite the sample loss of some of the participants, the research revealed that spirituality plays an essential role in the experience of illness and in coping with finitude. The narratives indicated that spirituality manifests itself in different ways, going beyond formal religious practices and revealing itself in reconciliation with one's own history, in connection with others and in the search for meaning. It was observed that, even when a cure is impossible, spirituality contributes to the reconstruction of the individual and to the redefinition of death, transforming the hospital environment into a space of dignity and meaning. It is recommended that future research deepens into the topic in different PC contexts, expanding the understanding of the role of spirituality for patients, family members and health teams. This study reinforces the need to integrate the spiritual dimension into palliative care, contributing to more humanized and comprehensive care.

Keywords: Spirituality. Health. Palliative Care.

LISTA DE SIGLAS

CE	Cuidado Espiritual
CP	Cuidados Paliativos
CRE	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual
E/R	Espiritualidade e Religiosidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA.....	28
2.1 Características dos Pacientes Selecionados.....	34
3 RESULTADOS	37
3.1 Sentidos em Relação à Doença	37
3.2 Sentidos dos Cuidados Recebidos.....	40
3.3 Sentidos em Relação à Família.....	43
3.4 Qual o Sentido da Vida?.....	44
3.5 Fontes de Referências para o Sentido de Vida	46
3.6 Se Considera uma Pessoa Religiosa?	47
3.7 Algo Mudou no Sentido da Vida após Receber o Diagnóstico de CP?	50
3.8 Qual o Sentido da Morte?.....	52
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES.....	72

1 INTRODUÇÃO

Apesar da espiritualidade no contexto de finitude em cuidados paliativos (CP) representar conforto, esperança e paz na medida em que se configura como um elemento fundamental para o bem-estar do paciente e ser considerada uma das mais urgentes para pacientes com doenças potencialmente fatais, devido à fragilidade que apresentam diante da proximidade da morte e do medo do desconhecido (Higuera *et al.*, 2015, p. 93-102), é fundamental investigar de que forma os fenômenos dessa elaboração e suas estratégias no campo da espiritualidade e saúde se mostram no paciente que o experiencia.

Diante desse contexto, entende-se que ainda existe uma lacuna no conhecimento científico no que se refere ao aprofundamento de como especificamente os pacientes experienciam a espiritualidade nos contextos de CP. A pesquisa buscou compreender como os pacientes que recebem o diagnóstico de CP lidam com a espiritualidade e criam estratégias para enfrentar a situação, desde o momento do diagnóstico até os critérios de terminalidade. Com base nessas informações, foram propostas estratégias e práticas para os profissionais de saúde incorporarem os CPs à rotina e fornecerem um cuidado integral e humanizado aos pacientes que lidam com a finitude.

O estudo sobre espiritualidade e sua relação com a saúde física e mental tem se expandido significativamente nas últimas quatro décadas passando a ser reconhecida pelo meio acadêmico e pelos profissionais da saúde não apenas como um conceito místico, mas como um elemento fundamental do espectro que integra a qualidade de vida de um indivíduo. No entanto, enfrentamos dificuldades ao tentar quantificar, observar e compreender a experiência de quem experimenta de forma singular e subjetiva o fenômeno do contexto espiritual, tanto de maneira distinta quanto associada a outras dimensões humanas (emocional, social e física), sobretudo na dimensão da saúde em cuidados paliativos (Salsman *et al.*, 2015).

A definição ampla de saúde reconhece sua natureza multidimensional, transcendendo os aspectos meramente biológicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta a dimensão espiritual como elemento fundamental da qualidade de vida, ressaltando a importância de integrar crenças, valores e práticas espirituais no contexto do cuidado em saúde. A espiritualidade e a religiosidade representam componentes universais da experiência humana, manifestando-se em

diferentes culturas e sociedades (WHOQOL SRPB GROUP, 2006, p. 1490). Estimativas globais indicam que mais de 80% da população possui algum tipo de crença religiosa ou espiritual. No Brasil, esse índice é ainda mais elevado, com aproximadamente 90% da população declarando-se religiosa ou espiritualizada. Esses dados reforçam a importância da espiritualidade na vida dos indivíduos e evidenciam sua relevância para uma prática clínica integral e centrada no paciente (Ipsos, 2023, p. 10).

Dentro das esferas de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), através de ações que visam a humanização na assistência a pacientes que tem algum quadro de doença que ameace a continuidade de vida, vem estimulando as práticas dos Cuidados Paliativos (Lima; Silva; Silva, 2009, p. 360-367).

A demanda por essa filosofia de cuidados tem apresentado um crescimento progressivo ao longo dos anos, com projeções indicando que a necessidade desses cuidados na fase final da vida poderá dobrar até o ano de 2060. Estima-se que mais de 56 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de cuidados paliativos, das quais mais de 25 milhões encontram-se em fase terminal. A maior parte dos pacientes pertence à faixa etária acima de 50 anos e reside em países de renda média ou baixa. Entre os adultos que demandam cuidados paliativos, 76% estão localizados nessas regiões (WPCH; WHO, 2020).

A OMS, em 2002, conceituou cuidados paliativos como uma abordagem que busca aprimorar a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, tratamento da dor e outros problemas de ordem biopsicossocial e espiritual (Lima; Silva; Silva, 2009, p. 360-367).

De acordo com a revisão proposta pela OMS em 2020, os CPs são apresentados como sendo o cuidado holístico ativo de indivíduos de todas as idades com o sofrimento grave relacionado à saúde, que a partir de uma doença ou uma lesão de qualquer tipo não pode ser aliviado sem intervenção médica e quando compromete a integralidade física, funcionamento social, espiritual e/ou emocional (Radbruch *et al.*, 2020, p. 754-764).

Embora determinadas doenças crônicas que ameacem a continuidade da vida apresentem demandas e sintomas específicos há um conjunto de necessidades compartilhadas entre os pacientes, como a comunicação efetiva, o controle

adequado dos sintomas, o enfrentamento das incapacidades decorrentes da condição de saúde, o planejamento dos cuidados e o suporte integral aos cuidadores e familiares. Segundo a OMS, através dos indicadores de avaliação do desenvolvimento dos CPs em todo o mundo, a implementação de uma rede de saúde que incorpore o CP é essencial, dado o impacto significativo dessa abordagem na saúde pública. Para sua efetividade, torna-se indispensável a integração entre políticas públicas, a capacitação dos profissionais de saúde e a conscientização da sociedade sobre a importância desse modelo de assistência.

Na espera de políticas públicas em CPs surge em 7 de maio de 2024, através da Portaria GM/MS nº 3.681, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS. Em seu artigo segundo reza a promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social. Ainda no parágrafo primeiro a referida política pública traz a importância da dimensão espiritual ao identificar o desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais por meio da escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e direcionando para uma assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa (Brasil, 2024).

Na história, os CPs surgiram no século XX, em Londres, Reino Unido, a partir dos trabalhos de Cicely Saunders, que sistematizou conhecimentos relativos ao sofrimento experienciado no final da vida, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do doente e de pessoas próximas a ele (Silva, 2011, p. 353-358).

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium* e significa manto. Etimologicamente, cuidados paliativos significam prover um manto, aquecer e proteger “aqueles que passam frio”, uma vez que os pacientes não podem mais ser ajudados pela medicina curativa (Pessini; Bertachini, 2005, p. 491-509).

Dentro da abordagem dos cuidados paliativos, a dor física continua tendo posição de destaque em publicações científicas, e quando se torna a principal meta no plano de cuidados, podemos negligenciar outros aspectos intrínsecos à multidimensionalidade desse fenômeno, como por exemplo, a “dor espiritual”, que estaria implicada com a construção do conceito de Dor Total por Cicely Saunders (Coelho *et al.*, 2016, p. 15-71).

Cicely Saunders, dentro da abordagem de CP, através de uma escuta atenta, seguida de uma análise cuidadosa dos registros, possibilitou a identificação das

dimensões física, emocional, social e espiritual descritas em seu conceito, evidenciando questões relacionadas à necessidade de segurança e ao reconhecimento de valores e sentidos de vida que transcendam a vida cotidiana. Tais achados reforçam a importância de uma abordagem de cuidado que englobe os vários aspectos inerentes ao ser humano de forma não reducionista. A partir dessas escutas, cunha a expressão Dor Total, considerando as diversas dimensões do ser humano implicados no sofrimento (Clark, 2018).

Uma dessas dimensões compostas no suporte e compreensão da Dor Total é a espiritualidade que, para Puchalski *et al.* (2014a), no contexto dos cuidados paliativos, deve ser considerada como sendo um sexto sinal vital, ou seja, integrada na rotina de cuidados, abordada como qualquer outra questão médica e inserida no plano de cuidados do paciente com dores crônicas e outros sintomas. Nesse sentido, a abordagem espiritual no contexto de cuidados paliativos é também abordada e reforçada por Reed (1986, p. 35-41), no qual relata que, enquanto experiência de vida individual, para além das dimensões biológica, psicológica e social, entrar em contato com a morte envolve a dimensão espiritual e a sua busca por sentidos.

Quando essa experiência de vida individual é acometida por uma progressão da doença e o enfrentamento da finitude a espiritualidade pode emergir tanto como fonte de sofrimento, quando suas necessidades não são atendidas, quanto como um recurso de enfrentamento. Nesse contexto, os indivíduos podem buscar a fé, expressar sentimentos de plenitude em relação à vida vivida, cultivar a esperança, perdoar, amar, estabelecer conexões significativas e alcançar um estado de paz consigo mesmos, com os outros, com Deus e com o sagrado (Steinhauser *et al.*, 2017).

Desde os primórdios das sociedades humanas a religião tem desempenhado um papel central na construção das percepções, experiências e representações relacionadas à saúde e à doença. A vivência da dor, bem como sua expressão, é mediada por códigos culturais, de modo que a própria dor, enquanto fenômeno humano, é moldada pelos significados atribuídos coletivamente. Essa coletividade regula as formas de manifestação emocional e estabelece normas que sancionam a expressão do sofrimento.

Estudos anteriores (Lemos, 2002; Ecco, Lemos, 2016) indicam que, independentemente das especificidades das práticas religiosas e dos rituais de cura,

prevalece a interpretação da doença como uma ocorrência indesejável, muitas vezes percebida como alheia ao plano divino. Em diversos contextos, a enfermidade é associada a forças malignas ou a influência de espíritos adversos, configurando-se como um elemento de desordem e ameaça à ordem existencial. A doença, nesses termos, é concebida como uma ruptura no equilíbrio da experiência humana, demandando intervenção para restaurar a harmonia e a compreensão do mundo.

Os resultados da presente investigação corroboram essa perspectiva, revelando uma correlação significativa entre crenças religiosas sobre saúde/doença e as estratégias adotadas pelos indivíduos para lidar com o sofrimento, especialmente quando submetidos a condições dolorosas ou adversas.

Segundo a OMS (WPCA, 2020), a experiência do adoecimento pode assumir um caráter transformador, promovendo crescimento pessoal, ou, alternativamente, ser vivenciada como um processo marcado por desespero e angústia. Já esse sofrimento, diante do contexto de CP, pode incluir componentes existenciais como perda de sentido e desesperança. Se apresenta como uma construção biopsicossocial e espiritual, o que inclui dores como a física, emocional, social e espiritual, e nesse último termo, “dor espiritual”, é definido como uma dor profunda na alma (do ser), que não é física (Mako; Galek; Poppito, 2006, p. 1106-1113). Pacientes apresentando conflitos existenciais e dores na dimensão espiritual expressam marcadores e índices mais baixos de espiritualidade e religiosidade e podem ter prognósticos ruins de sintomas físicos e emocionais, com níveis mais altos de dispnéia, sonolência, depressão e ansiedade (Delgado-Guay *et al.*, 2011, p. 986-994).

Os autores Murakami e Campos (2020) destacam que a presença de rigidez, inflexibilidade e autoritarismo em contextos religiosos pode comprometer os benefícios associados à espiritualidade, afetando negativamente diversas esferas da vida e, potencialmente, contribuindo para o surgimento de desequilíbrios na saúde. Dessa forma, enquanto a prática religiosa oferece um caminho para a vivência do sagrado e da transcendência, as restrições excessivas e o controle rígido podem obstruir os efeitos positivos da espiritualidade, limitando seu impacto benéfico sobre a saúde mental e o bem-estar integral do indivíduo.

Dentre as estratégias para lidar com esse sofrimento espiritual aparece o termo *coping*, que é conceituado como sendo uma denominação dada às estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de saúde e pelo paciente, a fim de,

sobretudo, motivá-lo em relação à condição em que ele se encontra (Paiva, 1998). As ações com finalidade de *coping* permitem interação entre o indivíduo e o ambiente e sua função é administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) a situação estressora, mais do que controlá-la ou dominá-la. Quanto aos cuidados paliativos, por se tratarem de um público com doenças crônicas e proximidade com questões vinculadas à finitude e à terminalidade, as estratégias de *coping* são fundamentais para que o paciente e a família sintam-se motivados no tratamento, diminuindo os índices de depressão e desistência, uma vez que são abordados por uma equipe interdisciplinar durante todo o processo (Evangelista *et al.*, 2016).

A religião e a espiritualidade oferecem uma variedade de métodos de *coping* bastante utilizados pelos pacientes e definidos atualmente como *coping* religioso/espiritual (CRE), descrito por Pargament (1998, p. 712), como:

uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas da vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário ou advindo de crises existências.

Para Guerrero (2011, p. 53-59), a busca pela espiritualidade pode ser uma estratégia adotada pelo paciente para lidar com doenças, com o objetivo de minimizar o sofrimento causado pelas dificuldades enfrentadas ou de encontrar esperança para a cura durante o tratamento. Múltiplos estudos enfatizam a relevância da espiritualidade no combate de enfermidades em estágios avançados, bem como na promoção do bem-estar de pacientes que enfrentam doenças graves ou terminais. Foi constatado por meio de um estudo com pessoas hospitalizadas em uma unidade de cuidados paliativos que a assistência espiritual adequada tem um impacto positivo, tanto nos pacientes como em seus familiares, durante o processo de fim da vida, ajudando-os a lidar com a finitude de forma mais satisfatória (Higuera *et al.*, 2013, p. 93-102).

Pesquisas como essa reforçam a importância de os profissionais da saúde estarem prontos para atender às necessidades globais de pacientes em cuidados paliativos, fornecendo uma abordagem cuidadosa e compassiva que garanta que a morte ocorra de maneira digna e com sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais sob controle adequado (Cardoso *et al.*, 2013, p. 1134-1141).

A literatura apresenta uma diversidade de definições para espiritualidade, religiosidade e suas inter-relações, o que contribui para a complexidade na

abordagem desses conceitos. Embora distintas, espiritualidade e religiosidade compartilham a busca por aquilo que Rudolf Otto (2007) denominou como “O Numinoso”. Esse conceito refere-se a uma experiência que transcende o racional e não pode ser plenamente explicada por meio de categorias conceituais, sendo descrita como uma sensação ou percepção do “Grande Mistério”.

O numinoso manifesta-se como uma força dinâmica que exerce um efeito profundo sobre o indivíduo, dominando sua percepção e experiência de forma involuntária, independentemente de sua intencionalidade ou controle consciente. Diversos rituais e símbolos funcionam como mediadores desse estado, proporcionando acesso ao numinoso. Embora tais práticas sejam frequentemente observadas em contextos religiosos, o numinoso também pode emergir em experiências fora do ambiente litúrgico, desencadeando momentos de êxtase ou revelação que Otto (2007, p. 44) descreve como hierofanias – manifestações do sagrado na realidade cotidiana.

Embora os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade sejam frequentemente empregados de forma intercambiável e estejam intimamente ligados, eles possuem características e significados distintos. Religião e religiosidade englobam um conjunto de crenças, práticas e linguagem institucionalizadas baseadas em uma tradição estabelecida, incluindo símbolos, rituais, cerimônias e explicações particulares sobre a vida e a morte. Em contrapartida, a espiritualidade é considerada universal e transcende religiões específicas, culturas ou grupos sociais. Ela abrange valores pessoais profundos e serve como fonte de sentido para a vida, incentivando o crescimento pessoal e a reflexão sobre experiências vividas, conforme apontam Guimarães (1984) e Saad, Masiero e Battistella (2001). Kovács (2007) adiciona que a espiritualidade contribui com a contemplação e a reflexão sobre questões existenciais, orientando a busca por significado na vida.

Diante de uma doença grave e seus impactos psicossociais, a espiritualidade ressalta seu papel crucial. Valle (2005) sugere que a espiritualidade permite ao indivíduo transcender seu estado biológico e emocional através de suas experiências pessoais, revelando o significado profundo de sua essência e como ele vive no dia a dia. A religiosidade, conforme descrita pela autora, representa um tipo particular de experiência espiritual, sendo uma das maneiras pelas quais essa dimensão se manifesta. Por outro lado, a espiritualidade é vista como um aspecto fundamental da natureza humana.

Esta pesquisa científica adotará a espiritualidade contida no campo dos estudos das Ciências da Religião. O conceito da espiritualidade, por sua vez, está longe de ser consenso entre os estudiosos. Conceituar a espiritualidade e sua interface com a saúde apresenta desafios, pois não se trata de um tema simples, consensual ou definitivo. A espiritualidade é um elemento complexo e multidimensional, intrínseco à experiência humana, que envolve a busca individual por significado na vida e transcendência. Em consonância com a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconhece a espiritualidade como uma das dimensões fundamentais do ser humano, adotamos a definição proposta por Puchalski *et al.* (2014b, p. 65), elaborada a partir de discussões entre especialistas em busca de consenso como:

um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado. Espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas.

De acordo com Koenig, McCullough e Larson (2001), a espiritualidade é o processo de buscar, de forma individual, a compreensão das questões existenciais e finais da vida, relacionadas ao sagrado e ao transcendente, podendo ou não resultar na adoção de práticas religiosas.

Podemos encontrar definições de Leonardo Boff (2013), teólogo e professor brasileiro que afirma que a dimensão da espiritualidade requer um “desencadear em uma faceta profunda do nosso ser, que nos torna receptivos à solidariedade, à colaboração, à compaixão, ao sentimento de irmandade universal, à busca por justiça para todos, ao respeito reverente e ao amor incondicional”, sendo que algumas dessas habilidades mostram-se muito importantes no trabalho em saúde e no cuidado com o outro.

Já AmatuZZi (1996) relaciona o termo com sentido. Ele acredita que essa “re-ligação” se inaugura no reencontro de um significado básico para a vida (com referência, portanto, a um todo), mas não necessariamente com a postulação de um Deus nos moldes das religiões monoteístas. Ele enfatiza isso, pois até os sistemas ateístas, ao perceberem o significado da vida em algum contexto mais amplo, também podem ser classificados como “re-ligações” e, dessa forma, cumprirem uma função de um sistema religioso.

A dimensão espiritual abrange a busca pelo propósito existencial, frequentemente desafiado ao enfrentar a iminência da mortalidade. Esse confronto pode resultar em angústia existencial ou, alternativamente, servir como uma ferramenta robusta para a gestão e aceitação da fase terminal da existência humana. A questão do propósito de vida foi meticulosamente analisada pelo neuropsiquiatra austríaco Viktor Frankl (2016), proponente da terceira escola vienense de psicoterapia, a logoterapia, que postulava a busca por significado como intrinsecamente essencial, paralelamente às outras necessidades fundamentais do ser humano.

Enquanto alguns autores atrelam os conceitos de espiritualidade e religião em um só, sob a alegação de que eles desempenham a mesma função, outros autores diferenciam os conceitos, destacando aspectos peculiares em cada um. Se distanciando de imposições dogmáticas, Ferry (2012) apresenta a possibilidade da espiritualidade laica que, mesmo com esse afastamento, é capaz, segundo ele, de resguardar a herança espiritual no que diz a respeito à valorização do transcendente, à ideia de sagrado e, acima de tudo, do amor dessas mesmas tradições. Todos esses elementos ganham, para o autor, uma interpretação laica e secularizada, que perpassa uma simples aplicação religiosa. A possibilidade de significar a própria vida, de salvar-se do desespero e da angústia, consequências naturais de uma vida sem sentido, passa não mais pelo auxílio divino, mas pela filosofia (Ferry, 2012).

Para Corbí, Martins Filho e Ecco (2017, p. 154), a espiritualidade na atualidade não se propõe a fornecer respostas definitivas para os dilemas da existência humana. Seu objetivo é ampliar a compreensão da experiência de viver, oferecendo uma perspectiva mais profunda sobre a condição humana. Essa abordagem busca iluminar e promover a sabedoria necessária para enfrentar as complexidades e desafios da vida, sem a expectativa de soluções imediatas ou conclusivas.

De acordo com Vasconcelos (2009, p. 323-334), valorizar a dimensão espiritual não se trata apenas de acreditar ou não em Deus, mas sim de reconhecer e levar em conta a realidade subjetiva e social que possui uma existência concreta.

Atualmente, estudiosos que se dedicam ao campo de “Espiritualidade/Religião (E/R) e saúde” utilizam duas definições principais: uma mais inclusiva e outra mais restrita. A definição inclusiva, amplamente usada, foi

desenvolvida por Christina Puchalski (2012, p. 52), que reconhece a pluralidade de expressões espirituais, incluindo crenças, valores, tradições e práticas, independentemente de afiliações religiosas ou culturais específicas. Ao valorizar a diversidade e o significado pessoal, essa perspectiva oferece um modelo inclusivo que respeita as múltiplas formas pelas quais os indivíduos vivenciam a espiritualidade.

Por outro lado, Koenig (2012), inspirado pelo conceito de espiritualidade de Pargament *et al.* (1998), adota uma definição mais restritiva, afirmando que a espiritualidade se distingue de todas as outras coisas (humanismo, valores, moral e saúde mental) por sua conexão com o sagrado, o transcendente. O transcendente é aquilo que está fora do eu e, ainda assim, dentro do eu, nas tradições ocidentais, chamado de Deus, Alá, HaShem ou um Poder Superior; nas tradições orientais, pode ser chamado de Brahman, manifestações de Brahman, Buda, Dao ou a verdade/realidade última. A espiritualidade está intimamente ligada ao sobrenatural, ao místico e à religião organizada, embora também vá além da religião organizada (e comece antes dela). A espiritualidade inclui tanto a busca pelo transcendente quanto a sua descoberta, envolvendo o caminho que vai da indiferença ao questionamento, da dúvida à crença firme e, se houver crença, até a devoção, e, finalmente, à entrega. Portanto, essa definição de espiritualidade é muito próxima da religião, havendo claramente uma sobreposição”.

De acordo com Nascimento *et al.* (2013), a espiritualidade pode ser compreendida como uma experiência universal que abrange o domínio existencial e a essência do que significa ser humano. Não deve ser confundida com uma doutrina religiosa, mas pode ser vista como uma filosofia de valores e de propósito de vida. A espiritualidade está relacionada à essência da vida e envolve questões que transcendem o material, gerando comportamentos e sentimentos como esperança, amor e fé, os quais dão sentido à existência. Sendo uma parte íntima e integral do ser humano, a dimensão espiritual pode influenciar de maneira tanto positiva quanto negativa para aqueles que a vivenciam.

Sendo assim, em pacientes com doenças avançadas que estão na fase terminal de suas vidas, a espiritualidade desempenha um papel crucial ao oferecer meios para encontrar um propósito ou significado, ajudando-os a superar o desespero e o sofrimento, conforme destacam Ferrel, Ottis-Green e Economou (2013) e Puchalski (2012, 2013). Pesquisas focadas em cuidados paliativos

ressaltam intervenções que reforçam a dignidade e o sentido da vida dos pacientes. Nesse contexto difícil, o conceito de sentido de vida baseado na Logoterapia de Viktor Frankl tem atraído a atenção de psicólogos, médicos, cientistas da religião, bem como outros profissionais, como apontado por Fegg *et al.* (2010). Esse interesse também se reflete em estudos que examinam a conexão entre espiritualidade e o bem-estar de pacientes em cuidados paliativos (Puchalski, 2012).

A intersecção entre espiritualidade e cuidados paliativos tem ganhado crescente reconhecimento em diversas áreas da assistência, tanto em ambientes clínicos quanto na esfera da investigação acadêmica, conforme evidenciado por um aumento substancial em investigações científicas e literatura especializada sobre o tema. Paralelamente, observa-se um incremento na demanda de pacientes que requerem intervenções paliativas especializadas. No entanto, em escala global, uma significativa parcela desses pacientes permanece sem acesso apropriado a intervenções focadas na dimensão espiritual do cuidado (Brasil, 2018).

Através de uma revisão sistemática de Chen *et al.* (2018) sobre os efeitos do cuidado espiritual em pacientes sob Cuidados Paliativos demonstrou que esse tipo de cuidado está associado à melhoria do bem-estar espiritual e em 12 dos 17 estudos avaliados houve uma melhora significativa na qualidade de vida com a intervenção.

É imperativo desenvolver métodos para discernir a significância da espiritualidade em pacientes no estágio terminal, dado que a iminência da morte pode precipitar tanto sofrimento físico quanto espiritual, originado pela inabilidade intrínseca do ser humano em confrontar tal realidade. Essa complexidade manifesta no ambiente hospitalar influencia as dinâmicas familiares, a prestação de cuidados e os procedimentos operacionais padrão no domínio da saúde.

Isso significa que novas investigações a respeito da temática devem ser feitas no sentido de contribuir para a construção de conhecimentos sobre como os pacientes experienciam a espiritualidade dentro dos CPs, de modo a gerar subsídios para que os profissionais de saúde possam se sentir mais seguros para atender o paciente terminal.

A propagação dos princípios dos cuidados paliativos (CP) e o aumento da disponibilidade desses serviços tem previsão de expansão para a atenção primária nos próximos anos, permitindo discutir a relevância do cuidado espiritual (CE) como um aspecto da saúde pública, considerando sua importância fundamental na

implementação de práticas eficazes em cuidados paliativos de acordo com o Ministério da Saúde, em 2018 (Brasil, 2018). A discussão é relevante, considerando que a OMS identifica a dimensão espiritual como um elemento essencial e integrante da assistência paliativa (OMS, 2014).

Nos contextos de CP, as preocupações espirituais são frequentemente presentes durante a experiência de doenças ameaçadoras da vida. De fato, a espiritualidade pode desempenhar um papel importante na capacidade de lidar com situações muito difíceis, como é o caso das doenças sem cura (Cuartas-Hoyos *et al.*, 2019, p. 1-17). Nesse contexto, as crenças espirituais podem oferecer caminhos para compreender o sofrimento, a agonia e a incerteza da vida (ANCP, 2012).

O sofrimento existencial é uma dimensão fundamental da experiência humana, intrinsecamente relacionada ao sentido da vida e à biografia do indivíduo. De acordo com Cassel e Rich (2010), embora alguns autores não distingam o sofrimento existencial do emocional, essa diferenciação é essencial, pois cada um exige abordagens e intervenções específicas.

O sofrimento existencial surge da frustração do sentido de vida, especialmente em contextos de desmoralização, angústia e iminência da morte, podendo desencadear uma crise que reflete a tríade trágica – sofrimento, culpa e morte. Ao falar de espiritualidade através da busca de um sentido, estamos fazendo referência ao significado, à coerência, à busca de propósito e finalidade. Vitor Frankl nos fala que um homem cai em um vazio existencial quando padece da perda de um sentido (Perez, 1997, p. 65-69). Esse sofrimento, no entanto, pode atuar como um catalisador para a ressignificação da existência, impulsionando a descoberta de novos significados e fortalecendo a capacidade de enfrentamento. A reflexão e a compreensão das experiências vividas promovem maior tolerância à dor, contribuindo para a qualidade de vida. A espiritualidade, em sua dimensão antropológica e não religiosa (noética), desempenha um papel central nesse processo, favorecendo a introspecção e o desenvolvimento pessoal (Frankl, 2003).

Nesta mesma direção, Minayo (2014) relata que o sofrimento inerente à trajetória individual não pode ser apagado, mas pode consolidar valores e princípios, especialmente diante da proximidade da morte. A percepção de uma vida sem sentido, por outro lado, intensifica o sofrimento, podendo levar ao desejo de morrer ou à autonegligência, caracterizada pela recusa de tratamentos e exposição a riscos. Em casos extremos, esse sofrimento existencial pode resultar em

comportamentos suicidas, como uma tentativa de eliminar a dor profunda que ameaça a continuidade da vida.

A busca pelo sentido da vida tem sido uma preocupação intrínseca à existência humana desde tempos remotos, constituindo um objeto central de estudo, reflexão e elaboração teórica. Desde a Antiguidade, pensadores como Aristóteles e Epicuro argumentaram que o sentido da vida reside na realização da verdadeira felicidade, evidenciando a necessidade de atribuir significado à experiência humana.

Segundo Balducci (2018), a espiritualidade é um conceito que pode ser entendido de forma universal e se manifesta a partir do subjetivo de cada indivíduo. Ela está relacionada com valores como harmonia e integridade, conexão com o mundo ao seu redor, preocupação com o próximo e consigo mesmo, em união com a vida, o universo e a transição após essa vida terrena. A busca pelo sentido da vida e a conexão com o sagrado ou transcendente são questões pessoais que podem ou não levar a escolhas religiosas ou à integração em comunidades religiosas.

O estudo do sentido de vida na Psicologia frequentemente se entrelaça com a investigação sobre espiritualidade, especialmente ao abordar questões relacionadas ao propósito, significado e à conexão profunda com o self e o universo. Essa convergência ocorre devido ao interesse comum de ambos os campos em promover o bem-estar integral do indivíduo, explorando dimensões da experiência humana que ultrapassam o domínio material e observável.

No âmbito da Psicologia, abordagens como a Psicologia Humanista e a Psicologia Transpessoal têm se dedicado a compreender os processos pelos quais os indivíduos atribuem significado e propósito às suas vidas. Um exemplo notável é o trabalho de Viktor Frankl, criador da logoterapia, uma abordagem psicoterapêutica que enfatiza a busca de sentido como um elemento central e motivador da existência humana.

Além disso, há que se ter presente que os sentidos descobertos durante o percurso vital de um ser humano podem ser de duas ordens: sentidos mais imediatos e sentidos globais, últimos ou totais, que ocorrem, geralmente, nos momentos de finalização de processos, envolvendo um olhar retrospectivo que abarca a totalidade de um processo ou da vida de uma pessoa a partir de determinado ponto significativo. É, sobretudo, esse segundo tipo de sentido que é demandado e emerge com tons de urgência (e, muitas vezes, tons dramáticos) nos processos de terminalidade e que dizem respeito mais diretamente à espiritualidade.

E apesar de profundos e globais, “o sentido não significa algo abstrato; ao contrário, é um sentido totalmente concreto, o sentido concreto de uma situação com a qual uma pessoa também concreta se vê confrontada” (Frankl, 2005, p. 101).

O conceito de sentido de vida bem como a espiritualidade não possui um consenso universalmente estabelecido na literatura científica. No entanto, os pesquisadores Frank Martela e Michael F. Steger (2016) propuseram um modelo conceitual que identifica três facetas principais para a compreensão do sentido de vida. A partir de uma análise abrangente de diversos estudos sobre o tema, os autores observaram a recorrência de três dimensões fundamentais que, segundo eles, integram a experiência do sentido de vida. Essa perspectiva sugere que o sentido de vida não é uma construção unidimensional, mas um fenômeno multifacetado, composto por múltiplos componentes inter-relacionados. O modelo tripartite proposto para o sentido de vida contemplaria: coerência (compreensão / visão de mundo); propósito (objetivos / metas); importância (dignidade). Os três elementos identificados em conjunto constituem o que se denomina sentido de vida. Embora alguns estudos enfoquem isoladamente um ou outro desses componentes, a recomendação de Martela e Steger é que a análise do sentido de vida considere a integração de todos os elementos propostos. Essa abordagem holística permite uma compreensão mais abrangente e precisa do fenômeno, refletindo sua complexidade e natureza multifacetada.

Pesquisas que indicam que há uma conexão significativa entre espiritualidade e saúde, vem sublinhando o papel vital que os aspectos espirituais desempenham no processo de doenças crônicas. Essas descobertas têm encorajado novos estudos, os quais estão ampliando as possibilidades de reflexão e o manejo de pacientes, considerando especialmente sua dimensão espiritual (Liberato, Macieira, 2008; Penha, Silva, 2012).

A espiritualidade sendo uma dimensão humana que influencia a qualidade de vida é influenciada pelo processo de adoecimento físico, emocional e social. Crenças religiosas e espirituais podem influenciar positivamente ou negativamente nas situações de adoecimento. São relatadas como muito importantes para as condições limitantes ou doenças ameaçadoras da vida, tanto por pacientes quanto por familiares/cuidadores. Têm influência nas tomadas de decisão médica, nos cuidados no fim da vida e no luto.

E dentro desse propósito e sentido nos deparamos com pacientes que entram em contato com a finitude quando estão em um contexto de uma doença que ameaça a continuidade de sua vida e recebe o diagnóstico de CP.

Uma metáfora que exemplifica a jornada de cuidado nos CPs é a da plataforma de embarque que diz que em uma jornada de trem, para acessar a plataforma de embarque, é essencial possuir uma passagem, que confere ao portador o direito de embarcar em seu destino escolhido. Aqueles que desejam acompanhar um passageiro até a plataforma, mas não têm uma passagem, precisam comprar um bilhete de plataforma. Esse bilhete autoriza a pessoa a estar presente no embarque, se despedir do viajante e, após a partida do trem, retornar à sua vida cotidiana na cidade. Inspirado por essa prática, o Dr. Derek Doyle, em 2015, em seu livro “Bilhete de Plataforma”, compartilha suas experiências em cuidados paliativos, narrando histórias reais que ilustram as lições sobre vida e morte que seus pacientes lhe ensinaram em momentos extremamente significativos. Esse ato de acompanhar alguém até o último instante de uma partida, de investir em um bilhete que permite presenciar o momento final da despedida, e depois encontrar a força para retornar e, possivelmente, guiar outros que enfrentarão a mesma plataforma e o mesmo destino, reflete profundamente a nossa humanidade e a nossa missão nesta pesquisa.

Dentro desse propósito, esta pesquisa buscou compreender, através das Ciências da Religião, como os pacientes que tem alguma doença ameaçadora da vida e acabam de receber o diagnóstico de cuidados paliativos experienciam a espiritualidade no contexto de suas estratégias de enfrentamento até a sua terminalidade; demonstrar, através dos estudos das Ciências da Religião, como a elaboração e as estratégias de enfrentamento em pacientes no contexto de cuidados paliativos se mostram entrelaçadas com a espiritualidade e quais as suas vicissitudes; compreender como os pacientes experienciam a espiritualidade de maneira individual e singular em seu contexto de cuidados paliativos.

Teve como hipótese inicial demonstrar, por meio das narrativas dos participantes, como a espiritualidade expressada e elaborada no começo do diagnóstico de cuidados paliativos se apresenta, acompanhando e sendo um elemento importante no processo de elaboração da fase terminal de vida do paciente. Durante o percurso da pesquisa aconteceram algumas intercorrências de

cunho metodológico durante as coletas dos dados que foram apresentadas na sessão de metodologia a seguir.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi submetido para avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), respeitando, assim, os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções éticas vigentes, em especial as resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016. Posteriormente à obtenção da aprovação ética, o projeto de pesquisa foi implementado utilizando uma abordagem metodológica qualitativa. No âmbito acadêmico, este estudo incorporou elementos teóricos, metodológicos e práticos, visando superar as limitações intrínsecas do empirismo reducionista. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica extensiva e aprofundada relacionada ao tema investigado.

A revisão da literatura não só facilitou a identificação de pesquisas prévias relacionadas ao tema em estudo, mas também proporcionou uma base sólida para o enriquecimento teórico deste projeto. De acordo com Gil (2002, p. 44-45, *apud* Piana, 2009, p. 120):

[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

A revisão bibliográfica desempenhou um papel crucial, não somente na avaliação das referências sobre o conhecimento do tema em questão, mas também na análise dos aspectos identificados durante a fase de pesquisa de campo. Esse processo envolveu uma integração sistemática dos dados derivados da revisão da literatura com as informações coletadas durante as observações empíricas. José Filho (2006, *apud* Piana, 2009, p. 167) reforça que:

o ato de pesquisar traz em si a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos. A tentativa de conhecer qualquer fenômeno constituinte dessa realidade busca uma aproximação, visto sua complexidade e dinamicidade dialética.

O pesquisador responsável pela pesquisa em questão acompanhou as variadas atividades que ocorreram na acolhida do/a paciente a essa filosofia de cuidados paliativos, com a proposta de compreender a dinâmica dos cuidados de saúde dispensados.

É imperativo que o pesquisador se integre à dinâmica histórica do fenômeno participativo para evitar a formalização artificial da comunidade. Esse envolvimento direto é essencial para uma avaliação autêntica e significativa do fenômeno em questão (Demo, 2005, p. 245). Através da observação meticulosa e da interação durante as entrevistas individuais é possível coletar dados substanciais a partir das verbalizações e comportamentos dos participantes estudados.

A implementação de perguntas criteriosamente formuladas pode eliciar respostas que fornecem *insights* sobre os sistemas de valores, símbolos e normas, elementos cruciais na construção das representações sociais (Minayo, 2007). O mesmo autor ainda vai reforçar que a pesquisa no campo investiga a fala do sujeito, agrupa atos, relações e estruturas sociais com base em experiências vivenciais. Adotamos ainda a pesquisa qualitativa, porque se fez necessário obter dados e informações sobre suas crenças, atitudes, opiniões e representações religiosas/espirituais diante do contexto de diagnóstico de CP em contato com a finitude, sentido de vida e da morte (Minayo, 2007).

Subsequentemente, diante da obtenção da autorização para este estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, e precedendo o início da fase de coleta de dados, os participantes receberam informações detalhadas e compreensíveis sobre os objetivos e a relevância do estudo. Foi enfatizada a importância vital de suas contribuições para o sucesso da pesquisa, que foi conduzida através de um conjunto de perguntas semiestruturadas. Também foi inserido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice A) no momento do questionário, além da solicitação de autorização para o uso dos dados.

A pesquisa adotada pelos pesquisadores caracterizou-se como exploratória, com enfoque fenomenológico e delineamento de pesquisa de campo. A abordagem metodológica empregou a aplicação de questionários, cujos dados foram submetidos à análise qualitativa (Gil, 2002).

A escolha da metodologia se deu por esta possibilitar acesso a um nível de realidade social que não seria capaz de ser quantificado.

Os dados foram coletados através da verbalização dos participantes da pesquisa, uma vez que essa abordagem se mostrou uma estratégia eficaz para a comunicação e a obtenção das informações necessárias.

A abordagem qualitativa utilizada para a aplicação e a análise dos questionários possibilitou a leitura da realidade, pois conforme ensinou Chizzotti (1995, *apud* Piana, 2009, p. 119):

a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Através da aplicação de métodos de pesquisa qualitativa foi possível coletar dados detalhados acerca dos valores, crenças, representações sociais, hábitos, atitudes e opiniões dos indivíduos envolvidos no estudo (Minayo, 2014). Esse método investigativo é focado na exploração qualitativa do universo de significados, motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes dos indivíduos. Reconhece-se que a reflexão e interpretação das próprias ações, assim como a avaliação de seus impactos na realidade vivenciada e compartilhada, são aspectos intrínsecos à natureza humana.

A pesquisa qualitativa permite um mergulho em uma realidade subjetiva e não imediatamente visível. Essa realidade, necessitando ser revelada e decifrada pelos participantes do estudo, requer dos pesquisadores uma compreensão e interpretação contextualizada dentro de parâmetros socioeconômicos e culturais (Minayo, 2016). Minayo (2014, p. 57) salientou que “[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos”.

Segundo Minayo (2014), a análise de dados em pesquisa possui três objetivos principais: primeiro, interpretar e compreender os dados obtidos; segundo, verificar a validade (ou invalidade) das hipóteses iniciais da pesquisa; terceiro, abordar as questões propostas pela pesquisa, expandindo o entendimento sobre o tema estudado e relacionando-o ao seu contexto cultural específico.

A metodologia proposta por Minayo (2016) para a análise de dados qualitativos em entrevistas individuais envolve três etapas principais: primeiro, a ordenação dos dados, que inclui a catalogação de todas as informações coletadas

em campo, transcrição das gravações, revisão do material e organização dos relatos e dados observacionais; segundo, classificação dos dados, lembrando-se que o dado não existe por si só, uma vez que é constituído a partir de um questionamento que se faz sobre ele, com base em uma fundamentação teórica; terceiro, a análise final, na qual se busca criar conexões entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, almejando responder às suas questões centrais de acordo com os objetivos estabelecidos.

Durante a análise em pesquisa qualitativa foram avaliados tanto o conteúdo explícito presente no texto quanto o significado implícito de todas as palavras, que podem estar entrelaçadas no texto. O foco principal da análise de conteúdo foi a interpretação da profundidade e complexidade dos significados expressos nas respostas dos participantes da pesquisa. Nessa fase realizou-se a análise do discurso vivencial dos participantes em relação à espiritualidade em dois momentos vivenciados, sendo o primeiro no diagnóstico de CP e o outro em sua terminalidade de vida.

Com base nas teorias, metodologias e epistemologias delineadas no estudo foram promovidos diálogos entre diversos pensadores das áreas de Ciências da Religião, Psicologia da Religião, Filosofia, Ciências Médicas e outras disciplinas inter-relacionadas, visando uma abordagem interdisciplinar do objeto de investigação.

O campo pesquisado foi contatado e foi obtida a declaração da instituição coparticipante e a anuência do coordenador do Setor de Cuidados Paliativos, após estar ciente da pesquisa que, na época, seria desenvolvida. Também na oportunidade foi reconhecido o cumprimento das resoluções éticas para pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2018; World Medical Association, 2013). Os seguintes passos foram seguidos:

1. Apresentação pessoal do pesquisador ao participante da pesquisa;
2. Apresentação pelo pesquisador da relevância e interesse da pesquisa – importância dos depoimentos como contribuição direta e indireta para a pesquisa, para a comunidade e para o/a entrevistado/a;
3. Explicação dos motivos da pesquisa em linguagem de senso comum e da justificativa da escolha dos entrevistados, demonstrando-lhes porque foram selecionados;

4. Oferta de garantia aos participantes do sigilo das informações confidenciais ao pesquisador e a sua plena liberdade de recusar participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade;

5. Explicitação da garantia de indenização perante eventuais danos decorrentes da pesquisa;

6. Garantia da manutenção dos dados da pesquisa sob a guarda do pesquisador responsável por um período de 5 anos após seu término;

7. Assinatura do TCLE após sua leitura e esclarecimentos;

8. Entrevistas respeitando a rotina dos cuidados ofertados em saúde pelos profissionais da equipe interdisciplinar e o estado de saúde do entrevistado/a. Cada paciente foi abordado com o mesmo questionário confeccionado pelo próprio pesquisador (Apêndice A) contendo quinze perguntas com o objetivo de comparação dos dois estágios. A primeira abordagem foi realizada após o diagnóstico de CP dado pelo médico e a segunda quando o paciente apresentou terminalidade mensurada pelo instrumento validado SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool);

9. Transcrição dos conteúdos gravados durante as entrevistas, sendo que, após, estas serão incineradas, utilizando-se no material transcrito apenas os pseudônimos das pessoas entrevistadas, visando resguardar sua privacidade.

Em decorrência do trabalho e suporte psicológico do pesquisador na Instituição Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e do contato direto com os pacientes do projeto Pali-Ação que acabaram de receber seu diagnóstico de CP na enfermaria, entendeu-se a necessidade de contribuir com o alívio do sofrimento em uma das dimensões mais profundas que é a espiritualidade. Pensando em obter melhoras na assistência espiritual aos pacientes em CP buscou-se perceber de que maneira esses sujeitos vivenciam e experienciam a espiritualidade nesse contexto.

A pesquisa foi conduzida no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, localizado na cidade de Goiânia, estado de Goiás, no ambiente destinado ao projeto Pali-Ação, formalmente denominado Ala Dom Moacir Arantes.

Esse Projeto é um serviço de Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e sua implantação seguiu as recomendações das Diretrizes e Sugestões para Iniciantes em Hospice/Serviço de Cuidados Paliativos. O projeto conta com 4 leitos exclusivos e humanizados com critérios específicos de fim de

vida, baseados no instrumento validado SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool).

Esse instrumento foi inicialmente descrito em 2010 (Boyd; Murray, 2010) e aprimorado em 2014 (Highet *et al.*, 2014), com tradução e validação subsequente para o português do Brasil. Essa ferramenta foi desenvolvida com base em princípios fundamentais, incluindo simplicidade, objetividade, indicadores facilmente identificáveis e baseados em evidências, bem como a integração de indicadores clínicos de doenças avançadas. Além disso, o SPICT-BR™ promove a introdução precoce de cuidados paliativos de forma complementar às intervenções modificadoras de doença, utilizando uma linguagem acessível.

Embora não tenha sido concebida como uma ferramenta prognóstica, evidências sugerem que a presença de pelo menos duas condições de declínio geral aumenta o risco de óbito em até 12 meses (Woolfied *et al.*, 2019). A ferramenta apresenta indicadores gerais de piora da saúde e indicadores clínicos específicos para diversas condições avançadas de saúde, visando identificar, de maneira holística, as necessidades do paciente e favorecer a tomada de decisão compartilhada em relação aos objetivos e ao planejamento avançado de cuidados.

O serviço de CP do hospital conta com equipe interdisciplinar composta por médico especialista em Cuidados Paliativos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes de capelania, assistentes sociais, farmacêuticos e dentistas.

A pesquisa teve como critérios de elegibilidade: pacientes com idade maior que 18 anos de ambos os gêneros, que conseguem se comunicar verbalmente, consciente e orientado, apresentando em seu quadro de saúde alguma doença ameaçadora de sua continuidade de vida, diagnosticado em CP, que apresentam compreensão da situação de saúde no qual se encontrava e em acompanhamento com a equipe de CP.

Foram excluídos da pesquisa todos os pacientes menores que 18 anos de idade, não responsivos aos estímulos verbais ofertados e com incapacidade de se comunicar verbalmente, com alguma alteração na cognição e que não foram admitidos pelo serviço de CP do hospital. Esses requisitos foram verificados durante a entrevista e confirmados por autodeclaração. A pesquisa foi conduzida em conformidade com a declaração de Helsinque (World Medical Association, 2013) e a

regulamentação brasileira sobre os princípios éticos para pesquisas médicas envolvendo seres humanos (Brasil, 2018).

Os riscos dos participantes foram mínimos, podendo, em algum momento, apresentarem desconforto ao responder alguma pergunta que pudesse lhe trazer alguma alteração comportamental. Para evitar esse risco associado à pesquisa, o local da entrevista garantiu sua privacidade e sigilo. Além disso, os participantes tiveram total liberdade de se recusarem a responder quaisquer questões que lhe causassem desconforto emocional e/ou constrangimento. Os mesmos ficaram à vontade para retirar o seu consentimento em participar desta pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios foram: ao compreender as experiências espirituais dos pacientes, a pesquisa capacitou os próprios pacientes, proporcionando-lhes uma voz ativa na definição de suas necessidades espirituais e também no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de sua condição de finitude.

2.1 Características dos Pacientes Selecionados

O presente estudo abordou a espiritualidade em contexto de saúde com pacientes gravemente enfermos no momento de seu diagnóstico de CP e em outro momento no contexto de final de vida. Situações como a temporalidade das intervenções proposta pela metodologia e a morte dos pacientes durante a pesquisa impossibilitaram a captação do restante dos dados. O grupo de participantes foi inicialmente composto por 4 pacientes, havendo uma perda amostral de 3 pacientes durante a pesquisa, pois 2 pacientes foram a óbito e 1 paciente apresentou uma piora em seu prognóstico impossibilitando o restante do estudo. Estudos como de Koenig (2012) e Balboni *et al.* (2013, p. 760-767) mencionam as dificuldades de completarem as coletas de dados devido à progressão da doença e ao falecimento dos participantes. Diante dessas dificuldades somente o participante Pedro completou os dois momentos mencionados neste parágrafo conforme descrito no quadro abaixo.

A fim de melhor categorizar a análise das narrativas o participante Pedro foi dividido em Pedro 1 (primeira entrevista) e Pedro 2 (segunda entrevista).

Quadro 1: Dados dos participantes

Nome	Idade	Profissão	Escolaridade	Residência
Mário	67 anos	Aposentado	6ª série	Goiânia
Maria	85 anos	Aposentada	5ª série	Goianápolis
Pedro 1 e 2	80 anos	Aposentado	1ª série	Goiânia
João	68 anos	Aposentado	1ª série	Bela Vista

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão de seleção dos participantes participaram desta pesquisa 4 pacientes descritos no Quadro acima.

Todos os pacientes convidados concordaram em participar da pesquisa. A seleção final dos entrevistados foi baseada nas semelhanças e diferenças dos elementos utilizados para entender o fenômeno estudado.

Os nomes dos participantes utilizados nesta pesquisa são fictícios para preservar a confidencialidade dos indivíduos. O critério adotado para a escolha dos nomes foi a conexão com personagens da literatura bíblica.

Participaram do estudo três homens e uma mulher, com diferentes diagnósticos de doença de base avançados e incluídos no serviço de CP, na faixa etária de 67 a 85 anos de idade, internados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e acolhidos no serviço de CP da Instituição Hospitalar.

A faixa de idade selecionada nesta pesquisa evidência o que diz Horning *et al.* (2011) em seu estudo com idosos maiores que 55 anos de idade, que relataram que quanto mais participantes “intrinsecamente” religiosos ou crentes em Deus/Poder Maior mais apresentavam sentido de vida. Entretanto, atividades religiosas (privadas/organizacionais) não se correlacionaram.

Nos 4 participantes incluídos predominou o baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto). Nenhum participante estava exercendo qualquer tipo de ocupação/trabalho no momento e as ocupações anteriormente exercidas correspondiam ao nível de escolaridade de cada indivíduo. De acordo com esses dados, Marques (2003), em seu estudo que correlaciona espiritualidade e nível educacional, considerou que indivíduos com maior espiritualidade foram aqueles com nível educacional baixo ou médio. Entretanto, há também estudos que demonstram não haver diferença significativa na prática religiosa com níveis diferentes de escolaridade. A pesquisa demonstrou que todos os participantes apresentaram um nível de espiritualidade, ainda que em formas diferentes em

situações de finitude. Em relação a ser uma pessoa religiosa, 3 dos 4 participantes se consideravam religiosos.

Todos os participantes foram abordados sobre a sua incurabilidade da doença e a necessidade da abordagem dos cuidados paliativos. Na data da realização da entrevista todos apresentaram ter recebido o diagnóstico de CP há menos de 6 meses.

De acordo com a aceitação do diagnóstico de CP e a sua abordagem três dos quatro participantes não tiveram nenhuma objeção ao receber o diagnóstico. Apenas a participante Maria que, em sua fala, demonstrou uma resistência aos princípios dos CP. De acordo com De Oliveira e Junges (2012), os princípios religiosos, em geral, ressaltam o valor da não maleficência e da aceitação da natureza, o que gera resistência a procedimentos que contrariam esses princípios. O estudo, portanto, evidenciou que a religião tende a ser favorável aos cuidados paliativos e contrária à eutanásia.

O que eu falei com a Dra eu vou falar para você. Eu não quis ficar com eles não (Cuidados Paliativos). Porque toda vez que eu vim era as mesmas perguntas e eles nunca me deu remédio. A Dra da oncologia falou fica tranquila que a senhora vai estar comigo. Porque tenho anemia e tenho que tomar sangue direto (Maria, 85 anos).

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista qualitativa de caráter fenomenológico, pautada nas questões que constam no Apêndice A. Por meio dos relatos foi possível captar e expandir a compreensão das vivências dos pacientes nessa condição, aprofundando também a exploração dos significados atribuídos à dimensão espiritual no momento vivido.

Ao serem convidados a participar do estudo, os pacientes foram informados quanto aos procedimentos éticos envolvidos, conforme os dados contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Já as entrevistas foram realizadas nos leitos do hospital, mantendo-se o conforto e a privacidade, e foram audiogravadas mediante consentimento dos participantes. O período de coleta de dados transcorreu de maio a agosto de 2024 e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiânia (Protocolo nº 76590223.2.3001.5078).

3 RESULTADOS

Os resultados se deram por meio dos relatos individuais dos participantes que foram identificados por nomes fictícios a fim de preservar a identidade e garantir o sigilo das informações compartilhadas. As categorias serão apresentadas e discutidas de forma simultânea e foram elaboradas para a compreensão da experiência vivida da espiritualidade no contexto de CP.

3.1 Sentidos em Relação à Doença

Nessa categoria foram elencadas os sentimentos e narrativas que demonstraram os sentidos da relação dos participantes com o seu processo de adoecimento. Percebeu-se que a maioria se relacionava naquele presente momento com uma relação negativa de seus sentidos sobre a sua doença. As narrativas individuais não apenas ilustraram as variadas maneiras como a doença é sentida, experienciada e interpretada, mas também oferecem *insights* valiosos sobre o papel crucial do suporte espiritual e psicológico no processo de enfrentamento e adaptação à doença.

A experiência de adoecer pode ser vista como um momento repleto de significado e um ganho existencial. Isso ocorre porque, ao encontrar um propósito para continuar avançando apesar dos desafios da vida, o indivíduo pode superar as adversidades imediatas. Mesmo diante da morte, o sentido da vida se realiza, impulsionado pela ameaça da morte iminente e pela luta para afirmar a vida ao buscar o significado da morte e do ato de morrer. Esse processo contribui para enriquecer a experiência humana com um sentido mais completo da existência (Frankl, 2003; Moreira, Holanda, 2010).

Durante o tratamento de uma doença ameaçadora da continuidade da vida a dimensão espiritual oferece aos pacientes a oportunidade de desenvolver esperança, encontrar um significado para a doença e um propósito para a vida. Isso contribui para o amadurecimento pessoal, a integridade e a capacidade de lidar com a situação enfrentada, conforme apontam Liberato e Macieira (2008). A espiritualidade também pode afetar a maneira como o paciente lida com o processo de adoecimento e as consequências deste, assim como a forma como ele interpreta os eventos e desafios que surgem ao longo do tratamento.

A mudança de um estado de saúde para uma condição de doença revela a forma única como cada pessoa experimenta a enfermidade. Essa experiência é sempre um evento individual, profundamente pessoal, moldado pela história de vida do indivíduo, sua personalidade, seu estilo de vida e suas relações. É o próprio indivíduo que atribui um significado específico à doença e aos desafios que dela decorrem, um significado que só pode ser plenamente entendido no contexto de sua história pessoal (Goodwin, 2005).

Vail III e Soenke (2018) relatam que, ao correlacionar maior autoestima com sentido de vida, ateus e agnósticos tendem a apresentar menor autoestima (Hayward *et al.*, 2013), o que poderia impactar seu sentido de vida. Essa correlação é vista no relato do participante Mário ao apresentar pouca religiosidade e, quando abordado sobre sua relação com a doença, afirma: “estou no baixo astral, eu brincava muito com as pessoas. (...) As pessoas riam de mim. (...) Eu era feliz, brincava, assistia futebol” (Mário, 67 anos).

Spitz (1997, p. 85-97) declara que aqueles que, ao enfrentarem uma doença, se rendem ao sofrimento e ao desespero, ficam incapacitadas de lutar, como percebemos nos relatos dos participantes Mário: “(...) estou no baixo astral”; Pedro 1: “(...) Triste agoniado, sem paciência, querendo morrer”; Pedro 2: “(...) Preocupado, não sei se fico bom, se mexe em uma coisa e aí aparece a outra”; e João: “(...) Eu sinto muito ruim, uma tristeza grande”. Outras veem na condição de enfermidade uma oportunidade para refletir sobre a própria vida, promover mudanças e questionar sua existência. Há também aqueles que minimizam a doença, agindo como se fosse trivial, mesmo em casos graves como percebemos na fala de Maria: “(...) não questiono nada. (...) E do jeito que você está me vendo aqui eu sou lá na minha casa. (...) Sou alegre com todo mundo”.

A participante Maria, de 85 anos, apresenta também um diferente ponto de vista da situação vivenciada e traz à tona aspectos importantes sobre a influência da espiritualidade na maneira como os indivíduos enfrentam a doença e a proximidade da morte. Sua abordagem sugere uma aceitação resignada da morte e uma redução do sofrimento através da fé.

Eu não penso nada ruim não. (...) Eu penso que um dia eu tenho que ir né, mas pra que eu ficar queixando e reclamando. Jesus sofreu por nós com pau nas costas carregando a cruz né para pagar os nossos pecados. (...) Aí eu não vou questionar nada né? (...) Não questiono nada. (...) E do jeito que você está me vendo aqui eu sou lá na minha casa. (...) Sou alegre com todo mundo (Maria, 85 anos).

Na fala de Maria podemos perceber o que Arrieira *et al.* (2018) declara quando diz que é essencial compreender os parâmetros espirituais e religiosos de cada indivíduo. Frente ao sentimento de insegurança, dúvidas e tristeza causado pela perspectiva de uma doença incurável, a fé pode proporcionar conforto e segurança aos pacientes e seus familiares. Nessa situação, muitos encontram nas crenças e práticas religiosas e/ou espirituais o apoio necessário para enfrentar o momento difícil.

Isso é reforçado em Arrieira *et al.* (2017) em conjunto com outros autores quando consideram a espiritualidade como um agente transformador e regulador das emoções, destacando seu papel como ferramenta terapêutica. A mesma deve ser utilizada como uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam um processo de doença terminal.

A espiritualidade oferece uma gama de estratégias ou métodos de *coping* que contrariam o estereótipo de que seriam meramente defensivos, passivos, focados na emoção ou em formas de negação e abarcam toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, servindo a várias funções. Assim, pode-se definir os objetivos do CRE como a busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida. E ainda a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional, de crescimento e conhecimento espiritual.

Estudos e pesquisas demonstram que o CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo. Assim, em relação aos resultados, pode-se classificar as estratégias de CRE em positivas e negativas. Define-se o CRE positivo por estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto em leituras religiosas, buscar o perdão, se perdoar e ser perdoado, praticar orações visando ao bem-estar de outros, pedir ajuda a Deus para a solução de problemas, ressignificar o estressor como benéfico etc.

Já o CRE negativo refere-se a estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade ou espiritualidade que exacerbam o sofrimento em vez de aliviá-lo. Exemplos incluem a percepção de eventos adversos como punição divina, conflitos internos sobre a fé, sentimento de abandono espiritual, atribuição de problemas a

forças malignas, rejeição social pela comunidade religiosa e passividade excessiva baseada em fatalismo. Essas estratégias estão associadas a maior angústia psicológica, isolamento, atrasos na busca por tratamento e agravamento de condições emocionais e físicas, destacando a importância de intervenções que promovam formas mais saudáveis de integração entre fé e enfrentamento.

Nesse sentido, torna-se evidente que pacientes em cuidados paliativos, além de apresentarem variadas estratégias de enfrentamentos, necessitam de respostas, sobretudo sobre o verdadeiro sentido da sua existência no momento em que se confrontam com seu processo de adoecimento e finitude. Além disso, tendem a buscar conexão com o transcendente, pois proporciona a eles a atribuição de sentido à doença e à própria morte.

3.2 Sentidos dos Cuidados Recebidos

Na segunda categoria foram elencadas as opiniões dos participantes em relação aos sentidos dos cuidados recebidos pela equipe interdisciplinar no setor de CP do hospital.

Com relação aos cenários que os pacientes achariam mais propícios para discutir sua espiritualidade, estudo com mais de 900 pacientes de clínicas de famílias norte-americanas (Mccord, 2004) indicou que 77% gostariam de conversar sobre sua espiritualidade em doenças ameaçadoras à vida, 74% em condições médicas sérias, 70% na perda de entes queridos.

Segundo Steinhauser *et al.* (2017), um número significativo de pacientes com doenças avançadas expressa o desejo de que suas necessidades espirituais sejam consideradas no cuidado médico. Essa abordagem contribui para que sintam suas crenças e valores respeitados, promovendo um senso de dignidade e facilitando o enfrentamento da condição clínica. Esses pacientes buscam cultivar esperança de maneira realista, o que lhes permite atribuir significado à experiência que vivenciam.

Os “Cuidados Paliativos” não são somente importantes, são imprescindíveis por terem como alvo pessoas com uma doença grave e que, muitas vezes, enfrentam o medo da dependência, da dor, da degeneração, da incerteza, da solidão, do isolamento, da separação dos entes queridos e de serem abandonadas pelos profissionais que delas cuidam. Para Kovács (2007) e Wencelevski, Milansk e Soares (2015), essas pessoas vivenciam o luto da perda de si mesmas e das

peessoas próximas, além de apresentarem manifestações de angústia espiritual entre as quais podemos citar o temor de não apresentarem sentido e a imprevisibilidade do que há após a morte. Podemos perceber a citação de Kovács (2007) na fala de Pedro 2 quando demonstrou resignação diante da morte, rebaixamento de humor e de esperança em relação aos cuidados ofertados pela equipe no hospital: “(...) Cansado, vai para lá e vem pra cá. (...) Seja que Deus quiser” (Pedro 2, 80 anos). Nessa mesma direção, Durante, Tonini e Armini (2014) apontam a importância dos profissionais de saúde ao gerar mudanças nos pacientes e familiares, atendendo as suas necessidades diante de um diagnóstico irreversível, tendo suas estruturas abaladas.

Os cuidados paliativos focam no aumento da qualidade de vida de indivíduos e suas famílias, que lidam com condições que ameaçam a vida. Essa abordagem inclui o diagnóstico precoce e o manejo de sintomas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2017). Arrieira *et al.* (2017, p. 34-41) reforçam ainda que esse cuidado também enfatiza a necessidade de uma equipe interdisciplinar de saúde com o objetivo de abordar a diversidade de aspectos presentes no processo de adoecimento. Isso permite atender à integralidade do ser humano, desde o acolhimento inicial até a sua morte e, por fim, o acompanhamento do luto familiar.

Sob essa perspectiva, o profissional de saúde desempenha um papel crucial ao ajudar o paciente a compreender-se durante o desenvolvimento de uma doença potencialmente fatal, auxiliando-o a encontrar um propósito existencial para sua vida. Nessa direção, pode-se perceber as falas de Mário sobre os sentidos de cuidados recebidos: “(...) Cuidado aqui não falta não, muito bem cuidado”; Maria: “Há, beleza. (...) Os enfermeiros são muito cuidadosos, cuida da gente com amor, os médicos também”; Pedro 1: “(...) Quero ficar aqui até ficar bom. (...) Estou me sentindo bem tratado”; e João: “(...) O pessoal aqui está todos cuidando bem”. Essas falas apontam para um sentimento de acolhida humana e integral por parte da equipe médica e interdisciplinar da Instituição Hospitalar. Além disso, é essencial que a equipe ofereça suporte e transmita uma sensação de cuidado seguro, tanto para o paciente, quanto para seus cuidadores, conferindo significado a esse estágio de suas vidas, mesmo quando a cura não é mais uma opção (Espindula; Do Valle; Ales Bello, 2010, p. 1229-1236).

Reforçando essa linha de pensamento, Arrieira *et al.* (2018) relatam que pacientes em cuidados paliativos e profissionais da equipe interdisciplinar que

efetivaram esse cuidado mostraram que existe uma demanda espiritual por parte dos pacientes que não pode ser ignorada pela equipe e esse cuidado espiritual exercido pelos profissionais impacta positivamente e fortalece a confiança entre a tríade equipe-paciente-família.

Para Moraes e Paes (2012, p. 260-268), a fé e a crença religiosa fazem relação direta no cuidado prestado ao paciente, se tornando um fator importante no processo de aceitação e recuperação da doença. Nesse mesmo sentido, podemos perceber no relato de Pedro 1 (80 anos): “(...) quero ficar aqui até ficar bom. (...) estou me sentindo bem tratado”.

O Projeto de CPs do hospital intitulado (Pali-Ação), conta com uma equipe interdisciplinar, e dentro da mesma esta inserida a equipe de apoio espiritual, acolhendo as demandas e desenvolvendo intervenções de cunho do sagrado sem proselitismo. Sendo assim, o paciente deseja ser visto de forma integral, como uma pessoa composta por aspectos biológicos, sociais, emocionais e espirituais (Okon, 2005 *apud* Peres *et al.*, 2007). Quando qualquer um desses aspectos é ignorado nos cuidados de saúde, o tratamento se torna incompleto. No contexto dos cuidados paliativos, em que os pacientes se encontram em fase terminal, a transcendência da existência ganha um significado ainda mais profundo. Nesse sentido, trazer a espiritualidade como parte complementar ao tratamento médico proporcionará ao doente transcender encontrando um sentido para seu sofrimento (Peres *et al.*, 2007).

Corroborando com essa visão, Lucchetti *et al.* (2010, p. 154-158), evidenciam que há um número significativo de pacientes que manifestam o desejo de que questões relacionadas à espiritualidade sejam consideradas durante o processo terapêutico. Os pacientes reconhecem que suas crenças e práticas espirituais exercem influência sobre a saúde, o bem-estar e a capacidade de enfrentamento diante da doença. Paralelamente, observa-se uma crescente conscientização entre os profissionais de saúde acerca da relevância de abordar a espiritualidade na prática clínica. Essa dimensão tem sido associada a impactos positivos na tomada de decisões, na adesão ao tratamento, na qualidade de vida e nos desfechos clínicos, reforçando seu papel como um componente integral no cuidado ao paciente.

3.3 Sentidos em Relação à Família

Na terceira categoria foram listados os sentidos que os participantes apresentaram em relação às suas famílias e redes de apoio. A categoria “Sentidos de Relação à Família” explora as percepções e o valor do suporte familiar durante períodos de doença, revelando uma ampla gama de experiências que destacam tanto a presença quanto a ausência desse apoio.

De acordo com Koenig *et al.* (2001), quase todos os estudos examinando religião e apoio social encontram uma significativa correlação (19 de 20 estudos). Não apenas a pessoa religiosa tem uma melhor rede de apoio, mas também a qualidade dessa rede é maior e mais durável do que fontes religiosas de apoio adquiridas apenas quando a doença crônica se instala.

Na Conferência Internacional sobre o Aprimoramento da Dimensão Espiritual no Cuidado Integral, realizada em Genebra, em 2013, a espiritualidade aparece como um “aspecto intrínseco e dinâmico da natureza humana, por meio do qual as pessoas vivenciam uma conexão com si mesmas, com suas famílias, com os outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e com o que é significativo ou sagrado” (Puchalski *et al.*, 2014b). A citação de Puchalski aparece nas falas da maioria dos participantes quando, em seus relatos, apresentam as suas espiritualidades em uma relação ao suporte de suas famílias que transcendem quando verbalizam. De acordo com Mário: “(...) A minha família faz tudo para mim”; Maria: “(...) os meus filhos é uns filhos muito excelente de bom né?”; Pedro 2: “(...) Agradeço a Deus por me dar uma família boa”; João: “(...) meus filhos cuidam de mim e me ajudam a cuidar de mim. Eles dividem comigo o que eles têm”.

Ao ser abordado sobre seus sentidos em relação à família, Pedro 1 lembrou da morte de sua esposa e da ausência de uma de suas filhas em seu atual momento vivido. Relatou também ter uma experiência anômala quando falou ter visto sua esposa que já havia morrido ao seu lado na cama do hospital.

A minha esposa está em outro mundo, só quem sabe é Deus. Eu tenho 7 filhos. Eu tenho visto a minha esposa ao meu lado da cama aqui no hospital. Tenho uma filha que não me liga, sinto triste. Até o dia que Deus quiser né, para minha filha entrar em contato comigo (Pedro 1, 80 anos).

Ao longo da história, experiências extraordinárias como “viagens espirituais”, “visões” de tempos passados ou futuros distantes e interações com entidades

“sobrenaturais” têm sido relatadas. Nos últimos anos, essas vivências passaram a ser denominadas “experiências anômalas”, caracterizando eventos que divergem das normas científicas ou do consenso cultural sobre a realidade. No entanto, elas não estão necessariamente associadas a patologias ou condições anormais. Alguns exemplos incluem experiências de “quase-morte”, vivências “fora do corpo”, lembranças de “vidas passadas”, episódios alucinatórios, entre outros (Cardeña; Lyinn; Krippner, 2000).

As narrativas trazidas não apenas ilustram as diversas maneiras como o apoio social na forma de suporte familiar é experimentado durante a doença, mas também ressaltam a importância vital dessa rede de apoio na melhoria do enfrentamento da condição de finitude dos indivíduos enfermos.

3.4 Qual o Sentido da Vida?

Na quarta categoria foram elencadas as narrativas sobre os sentidos de vida que os participantes apresentaram diante de seus momentos de proximidade à morte.

Como diz o filósofo brasileiro Oswaldo Giacóia Jr. (2007), “o insuportável não é só a dor, mas a falta de sentido da dor, mais ainda, a dor da falta de sentido”. Viktor Frankl (1997) acredita que o sentido é descoberto em nossa existência por três caminhos: criação, que tem a ver com a capacidade de fazer arte, escrever etc.; a experiência afetiva transcendental, que está relacionada com a interação interpessoal; e a vivência de sensação. O terceiro se refere aos valores de atitude e a capacidade de superar o sofrimento. O mesmo autor destaca que cada pessoa deve buscar o seu próprio sentido de vida, algo que orienta sua existência e que já existe de forma incondicional. Assim, o sentido de vida não pode ser inventado, criado ou fabricado; ele já está presente e é responsabilidade de cada indivíduo descobri-lo nas circunstâncias e na realidade única de sua vida.

É possível desenvolver uma espiritualidade, mesmo sem a prática ou expressão de uma religião específica. Aspectos religiosos podem fazer parte da espiritualidade de uma pessoa, mas não precisam dominar sua busca espiritual. Focar exclusivamente no divino resultaria em uma espiritualidade “vertical”, que não contempla a dimensão “horizontal” da espiritualidade. Essa horizontalidade,

frequentemente negligenciada, faz com que Leão (2008, p. 258) defenda uma abordagem muito mais ampla da espiritualidade. Segundo ela:

A espiritualidade abrange um componente vertical, de natureza religiosa (relacionado a um sentimento de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, de natureza existencial (ligado a um senso de propósito e satisfação na vida, refletindo crenças, valores, estilos de vida e interações com o "eu", com os outros e com a natureza). Este último, no entanto, não necessita de qualquer referência a um conteúdo especificamente religioso e sobrenatural.

Em consonância com a fala de Leão, os 4 participantes apresentaram a suas espiritualidades de acordo com o componente horizontal descrito pela autora. O participante João apresentou também um componente vertical.

A vida é uma coisa maravilhosa, que a gente se vê conversando, sorrindo, andando de um lado para o outro (Mário, 67 anos).

Uai, o que me dá sentido a minha vida é que eu tenho os filhos, é elas que me dá força, as vezes chega lá eu estou triste e eles falam não mãe não fica triste não, a senhora ainda vai viver muito. Sabe porque eu fico triste, porque minha filha que mora comigo é que vai sofrer. Porque ela mora comigo desde que a filhinha dela nasceu. Eu falei para elas ao hó, elas vão lavar meu caixão de lágrimas. Ho povo chorão. E eu fico pensando né? Meu Deus do céu, não deixe meus filhos sofrerem não. Tenho os netos, os bisnetos né? Porque tudo é meu sangue né? Um vai leva uma fruta, uma comida né? (Maria, 85 anos).

Trabalho, eu trabalhava de pedreiro. Tinha uma bicicleta e andava em todo lugar com ela (Pedro 1, 80 anos).

Em primeiro lugar o poder de Deus e nós sem Deus não somos ninguém. (...) Em primeiro lugar o poder de Deus e a ajuda dos amigos e quem tiver (João, 68 anos).

Para Oliveira (2022, p. 103), o mundo pós-moderno não rejeita o sagrado, mas o ressignifica. Na sociedade contemporânea, como resultado da secularização, há uma recusa em aceitar os argumentos das autoridades que se apresentam como porta-vozes do sagrado, baseados em um modelo dogmático. Nesse novo contexto, o sagrado e o transcendente devem ser descobertos na profundidade do humano. É essencial aprender a reconhecê-los internamente, antes de buscá-los externamente. As relações humanas são vistas como conexões sagradas.

Na segunda entrevista de Pedro 2, o participante, ao ser abordado sobre os sentidos de sua vida, apresenta dificuldades em acessar seus sentidos de vida, relatando confusão, preocupação em relação ao seu estado de saúde e angústia diante da finitude.

A minha preocupação é mais em minha saúde. Estou tão ruim e agoniado. Não sei se dessa eu vou. Aquela confusão se vou ou se fico. Igual o nordestino que vai na seca para São Paulo para sobreviver e fica naquela confusão (Pedro 2, 80 anos).

A busca pelo sentido, ou a falta dele, acompanha o ser humano em diferentes fases da vida. Monteiro (2008, p. 68) oferece uma reflexão significativa: “Antigamente, perguntava-se ao doente: ‘O que está lhe faltando?’, hoje a pergunta é: ‘O que o senhor sente?’. Talvez, se tivéssemos mantido a primeira pergunta, o eixo saúde-doença estivesse em melhores condições”. Talvez o verdadeiro medo de Pedro 2 não seja da morte, mas de algo mais profundo e trágico: o medo de nunca ter vivido plenamente. Quando não se encontra um sentido, resta apenas a mera existência, e existir por existir pode ser insuportável. A proximidade da morte faz emergir a vida – tanto a que foi vivida quanto a que se deixou de viver.

Os relatos dos participantes corroboram com Vail III e Soenke (2018) em um estudo experimental nos Estados Unidos com cristãos e ateus, que revelou que, após pensarem sobre uma hipotética dor, ateus e cristãos apresentaram níveis similares de sentido de vida. Na mesma direção, Caldwell-Harris *et al.* (2011) demonstraram que ateus, budistas e cristãos revelaram que não haviam diferenças significativas no nível de sentido de vida entre os grupos.

3.5 Fontes de Referências para o Sentido de Vida

Na quinta categoria foram abordadas as narrativas sobre as referências para os sentidos de vida que os participantes trouxeram durante seu atual momento vivido.

Para compreendermos melhor sobre sentido de vida é importante perceber suas fontes de referências, ou seja, de onde vem o sentido de vida de uma pessoa? Um estudo conduzido pelo psicólogo Bruno Damásio, Koller e Schnell (2018) teve como objetivo compreender quais as fontes de sentido de vida dos Brasileiros usando o questionário de Fontes de Sentido de Vida (SoMe), que mede 26 fontes de sentido de vida, algumas delas como: generatividade (legado, melhorar o mundo etc...), saúde (cuidados, estilo de vida etc...), conquistas (resultados, ter sucesso), conhecimento (estudar, questionar etc...), religiosidade (orar, envolvimento em uma religião etc...), dentre outros.

Ao serem abordados sobre suas referências de sentido de vida, os participantes Mário, Pedro 1 e Pedro 2 apresentaram uma espiritualidade através de crenças em seres espirituais. Esse conceito aproxima de Gontijo, Silva e Damásio (2022) e é corroborado com o conceito de espiritualidade de King e Koenig (2009), quando relata que a espiritualidade é o conjunto de sensações, ideias e comportamentos derivados ou interpretados por crenças em seres espirituais.

Minhas referências de sentido de vida é o trabalho, meus filhos, Deus. Vamos orar, vamos para a Igreja. Amor que eu sinto por Deus, me cura desta doença, me dá mais força, peço de dia e de noite até Deus permitir a me curar (Pedro 1, 80 anos).

Deus, eu penso em primeiro lugar. Um amigo me falava que sem Deus é igual um cachorro, não vale nada. Quem tem Deus pisa até na boca de uma cascavel e não morre (Pedro 2, 80 anos).

Deus e família. Minha família muito antes de descobrir a doença, pegava no meu pé, quando eu fumava e bebia. A bebida eu não consegui largar. A gente compartilha tudo as comidas e as coisas eu e ela (mulher) (Mário, 67 anos).

Meus filhos, netos e bisnetos (Maria, 85 anos).

Família, amigos, saúde em primeiro lugar. Quebrei o pescoço aí minha mão enrolou, passei 1 ano e 6 meses na casa de minha filha comendo com muitas dificuldades e dependendo de todos, vestindo fraldas comendo pelas mãos dos outros. Eu não abria nem as mãos. Aí pagaram terapia lá para mim, aí fui melhorando, fui melhorando, aí recuperou-se. (João, 68 anos).

A espiritualidade manifestada por meio dos sentidos atribuídos à vida nas falas dos participantes Mário, Maria e João evidenciou a presença de fontes de sentidos como saúde e suporte social, sendo a família e os amigos identificados como principais fontes de referência.

3.6 Se Considera uma Pessoa Religiosa?

A sexta categoria explorou, por meio das falas dos participantes, informações detalhadas e enriquecedoras sobre as crenças, práticas, tradições e valores associados às suas religiões. Essa abordagem permitiu compreender de forma mais aprofundada os elementos religiosos que permeiam suas vidas, revelando nuances de significados e interpretações atribuídas às experiências de fé e espiritualidade no contexto analisado.

É fundamental destacar que a espiritualidade é universal, fazendo parte da vida e presente em todos os seres humanos em sua totalidade e essência. Trata-se de um movimento interno que dá continuamente sentido à vida, sendo uma presença íntima e constante, ainda que nem sempre percebida conscientemente. Algumas pessoas têm maior sensibilidade ou autoconsciência em relação à sua espiritualidade e a cultivam, enquanto outras podem não dar tanta atenção a essa dimensão. No entanto, todos possuem uma espiritualidade. Ela se manifesta no cotidiano, nas relações sociais, profissionais, na saúde, educação, lazer, religião e também no íntimo de cada pessoa, seja entre ateus, agnósticos ou religiosos, abrangendo todos os espaços humanos e realidades existenciais.

Pessini (2010) afirma que a religiosidade e a espiritualidade são libertadoras, pois têm o poder de fecundar a vida com criatividade, muitas vezes desconstruindo certezas tecnológicas, científicas e intelectuais. Elas colocam o ser humano em contato com sua própria realidade e com o mundo ao seu redor, proporcionando condições para enfrentar e superar suas fragilidades. A espiritualidade é indispensável no processo de redescoberta do ser, ajudando na recriação da vida diante da dor, da doença, do sofrimento, da cura, da morte e do luto.

O estudo apresentou 4 relatos que, em seu conteúdo, consideram ser pessoas religiosas, sendo esses relatos de Maria, Pedro 1, Pedro 2 e João. A participante Maria (mulher) apresentou um maior envolvimento com as práticas religiosas ao verbalizar:

Eu sou católica, mas ninguém proíbe eu, os que é evangélico não proíbe eu. Gosto de participar, agora eu não aguento caminhar né? Vejo na tv e eu tenho uma ministra que leva a comunhão para mim toda sexta feira em casa. Os doentes que não vai todos recebem a comunhão (Maria, 85 anos).

Considero. Eu era católico. Agora eu sou evangélico, minha filha que me levou (Pedro 1, 80 anos).

Considero. Minha mãe e toda minha família ia a igreja. Minha mãe era toda religiosa, nunca abandonou. O mês era todo de alegria. Tinha São Benedito padroeiro do pedreiro (Pedro 2, 80 anos).

Segundo o gênero, Rosado-Nunes (2005) declara que os estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa Gênero e Religião da PUC de São Paulo despertaram a curiosidade científica de compreender as relações bidirecionais das mulheres com as religiões. Os dados estatísticos, em sua maioria, costumam afirmar que as mulheres seriam “mais religiosas” do que os homens (Rosado-Nunes, 2005).

O participante João, ao ser abordado sobre sua religiosidade, relata a satisfação de vivenciá-la de forma coletiva:

Eu considero sim, eu considero, em primeiro lugar porque eu creio em Deus, eu creio nele, Deus só serve quem crê Nele né, quem não crê Nele não tem nada a ver com Ele, então nós todos digo assim, quando eu vou orar, parece que vou orar só por mim? Não, eu oro por você, quem está nesta luta com eu, para aqueles que estão presos, aqueles que estão nos hospital, a todos peço saúde para eles (João, 68 anos).

De acordo com Damásio, Koller e Schnell (2013), a generatividade (legado, melhorar o mundo, preocupação com o outro) que o participante João apresenta é uma das 26 fontes de sentido de vida, uma das maiores.

Através da fala de Mário percebemos a sua distância dos mitos e ritos de um processo religioso e a sua busca por essa fonte de enfrentamento de suas dificuldades. Percebe-se ainda essa questão nas falas de Saporetti (2008, p. 521-531), quando o autor relata que as angústias espirituais mais comuns incluem: desesperança, sentimento de futilidade, falta de sentido, desapontamento, remorso, ansiedade de morte e ruptura da identidade. Também pode ser identificada como uma dor existencial, decorrente da não aderência a alguma prática religiosa ou espiritual. “Para falar a verdade eu não ia muito em religião não. Deus cobra a gente para procurar o caminho certo. Eu vou sair dessa e procurar uma igreja para ir. Nunca é tarde para começar” (Mário, 67 anos).

A busca por rituais em ambientes de cuidado em saúde é uma prática recorrente, embora frequentemente subestimada. Garantir o acesso a esses rituais configura-se como um imperativo ético, representando uma resposta essencial às necessidades espirituais dos pacientes e de seus familiares. Tais demandas, que podem envolver questões como falta de sentido, culpa e percepção de pecado, refletem a importância do processo de reconciliação – seja com o Criador, consigo mesmo, com os outros ou com o ambiente. A integração desses elementos no cuidado em saúde contribui para a promoção do bem-estar holístico, reconhecendo a relevância da dimensão espiritual na experiência do adoecimento e no processo de cura.

3.7 Algo Mudou no Sentido da Vida após Receber o Diagnóstico de CP?

A sétima categoria apresentou falas dos participantes sobre as possíveis mudanças em seus sentidos de vida após receber o diagnóstico de Cuidados Paliativos por parte da equipe médica.

Doenças que ameaçam a vida podem desencadear sofrimento existencial, o qual emerge quando valores fundamentais para o indivíduo são percebidos como ameaçados. Esse tipo de sofrimento está associado à dificuldade em encontrar significado na continuidade da vida, refletindo um desalinhamento entre a experiência vivida e os pilares que sustentam a identidade e o propósito existencial do paciente.

De acordo com Esperandio (2016), é importante destacar que os CP não são baseados em protocolos rígidos, mas sim em princípios. Um desses princípios é a integração dos aspectos espirituais no cuidado ao paciente e seus familiares. Muitas pessoas, em busca de sentido para experiências de sofrimento, recorrem à dimensão da Espiritualidade e Religiosidade (E/R). Isso se deve à capacidade da E/R de auxiliar as pessoas a lidarem, por exemplo, com os sentimentos gerados por situações desafiadoras, como a vivência de uma doença ameaçadora da vida.

Essa integração da espiritualidade nas práticas de saúde tem sido objeto de estudo de muitos/as pesquisadores/as (Moreira-Almeida, 2007). Tais pesquisas têm demonstrado a importância da integração da espiritualidade no cuidado ao paciente e os inúmeros benefícios decorrentes de tal associação.

Guimarães (1984) aponta que alguns comportamentos apresentados pelos pacientes em contextos difíceis de saúde podem ser indícios de crise espiritual como: desespero, falta de propósito na vida, perda de fé, falta de sentido para o sofrimento, depressão, desistências em participar de atividades religiosas. Esses comportamentos foram vistos nos relatos de Mário, Maria, Pedro 1 e Pedro 2.

Mudou porque na verdade não estou podendo andar. Mas tenho a esperança que vou caminhar com minhas próprias pernas (Mário, 67 anos).

Você sabe que eu nunca pensei nisso? nunca pensei nisso não, só vou pensando assim que vou sarar, que vou sarar. Mas atrapalhou algo, eu não posso ir na Igreja (Maria, 85 anos).

Andava de bicicleta, fumava, bebia, trabalhava, comia carne de porco e de macaco (Pedro 1, 80 anos).

Deixei a bebida. Minha esperança de voltar a viver. Antes tirava uma folha do pé e fazia uma coisa e curava, hoje é a medicina que tenta de um jeito. O que será de mim meu Deus, fica naquela peleja todinha se fica ou se vai. A vida nossa na mão de Deus. Se merecer sofrimento tem que sofrer (Pedro 2, 80 anos).

O participante Pedro 2 também, em sua fala, trouxe um conflito entre fé e ciência: “(...) antes tirava uma folha do pé e fazia uma coisa e curava, hoje é a Medicina que tenta de um jeito”. Para Frankl *et al.* (2005), a fé e a ciência são interdependentes, pois, se a fé não for capaz de dialogar com a ciência, corre o risco de se tornar uma “superstição”. Além disso, a espiritualidade tem um papel exclusivo em lidar com questões fundamentais, como o princípio e o fim, a origem e o aperfeiçoamento de todas as coisas. A divergência entre essas áreas permite uma visão mais abrangente. Assim, apesar de seguirem caminhos distintos, tanto a espiritualidade quanto a ciência compartilham o objetivo comum de promover o bem-estar humano.

Há contida também nas narrativas de Pedro 2 uma dor espiritual e, segundo Mako, Galek e Poppito (2006, p. 1106), a dor espiritual é “uma dor profunda no ser que não é de natureza física” e investigaram a presença e intensidade desse fenômeno em 57 pacientes em contato com a finitude. Os participantes foram questionados sobre a existência de dor espiritual no momento da pesquisa e solicitaram que classificassem sua intensidade em uma escala de zero (ausência de dor) a 10 (dor excruciante). Os resultados indicaram que 96% dos pacientes relataram ter vivenciado dor espiritual em algum momento de suas vidas. Além disso, a análise não identificou variações significativas na intensidade da dor espiritual em função de idade, sexo, afiliação religiosa ou nível de envolvimento religioso, sugerindo a universalidade desse tipo de sofrimento.

Cassell (1982, p. 639) observa que, para além do sofrimento físico causado pela doença, “o sofrimento é experienciado pelas pessoas, não meramente pelos corpos, e sua fonte está nos desafios que ameaçam a integridade da pessoa como um ser psicológico e social complexo”. O participante João, ao buscar sentido para a sua experiência de sofrimento em CP, encontrou na dimensão espiritual alívio, conforto, propósito, recursos diversos para melhor enfrentar tal situação de vulnerabilidade.

Fiquei mais forte com Deus depois que eu adoeci, não vou mentir, eu tava deitado na cama só o couro em cima dos ossos, o Dr disse para mim que eu nunca mais ia botar os pés no chão para caminhar, eu pensava baixinho que eu iria botar porque eu tenho um Deus vivo lá no céu, eu ficava tombando para lá e para cá, se me colocasse sentado na cama eu caía, eu tinha uma cadeira de roda que eu encostava assim, nem abria a mão eu abria, aí eu falei meu Deus eu sei que tu existe, mas eu só sei que tu existe, se tu fizer eu sair desta cadeira aqui, aí eu estava quase cochilando, aí me deu um negócio assim, eu juntei os dois pés, sentei em cima da cama, meus braços foram escorregando e eu puf em cima da cadeira, e já fui empurrando ela lá para fora. Aí as pessoas gritaram corre para ver o vô aqui sozinho na cadeira, quem me colocou nesta cadeira foi Deus. Aí eu tomei banho, almocei e depois deste dia pra cá, eu descia para a cadeira e ia para lá tomar meu banho, fazer minhas necessidades sozinho. Desde este dia pra cá foi assim. Aí eu fui para a Igreja, batizei na Igreja, graças a Deus. Agora estou com esta doença, mas Deus fala assim, entra para seu quarto fala comigo que eu estou te ouvindo né. Então quando eu não consigo ir para a Igreja eu oro dentro de minha casa, as vezes da minha cama aonde eu durmo eu oro, é desse jeito (João, 68 anos).

Corroborando com esse contexto do participante João, Steinhauser (2017), verbaliza que a espiritualidade é um recurso que pode facilitar a compreensão de si mesmo, bem como a transcendência e ressignificação do sofrimento. Esse fenômeno é descrito como uma prática que ocorre tanto no âmbito de instituições formais quanto fora delas, promovendo uma vivência que transcende a observação empírica.

Vivenciar a espiritualidade no contexto de tratamento paliativo pode ter resultados positivos, já que auxilia no otimismo e adaptação psicológica para os pacientes enfrentarem suas doenças. Por outro lado, para pacientes que dependem unicamente de um poder superior para resolução de seus problemas, a espiritualidade pode ter um aspecto negativo. Pacientes que interpretam a doença como uma espécie de castigo divino ou “abandono de Deus” tendem a ser mais angustiados e sofrerem mais no processo da doença. Apesar desse fato, o saldo da espiritualidade tende a ser positivo no alívio do sofrimento. Além disso, um dos maiores sofrimentos do paciente de doenças terminais é a perda de sentido na vida. Tal perda de sentido é mais rara em pacientes que se sentem bem espiritualmente (Rego *et al.*, 2020).

3.8 Qual o Sentido da Morte?

A oitava categoria demonstrou os relatos dos participantes em relação ao sentido da morte que cada um apresentava naquele contexto vivido.

Vail III e Soenke (2018) investigaram as reações de cristãos e ateus nos Estados Unidos ao pensarem sobre dificuldades hipotéticas e a própria morte. O estudo descobriu que, enquanto ambos os grupos apresentaram um sentido de vida semelhante após refletirem sobre desafios, os ateus sentiram menos sentido de vida ao contemplarem a morte, em comparação com os cristãos.

O participante Mário apresenta pouca religiosidade, expressando uma visão pragmática da morte, vendo-a como um evento natural. Ele reconhece o medo universal da morte, mas também reflete sobre suas próprias falhas e a necessidade de perdão, indicando uma busca por significado e reconciliação no final da vida.

Eu vejo a morte como uma coisa natural. (...) A gente tem medo da morte. (...) Eu errei muito nesta vida. A minha mulher estar comigo não é por acaso não. O rapaz que doou o kit conheço desde pequeno. Já me ajudou muitas vezes. Muitos clientes vêm me visitar e pergunta o que eu preciso (Mário, 67 anos).

A perspectiva de Mário ecoa os achados de Vail III e Soenke (2018), especialmente em relação aos ateus. Apesar de não expressar uma conexão forte com a religiosidade, a necessidade de Mário de encontrar reconciliação e significado ao refletir sobre sua vida e a inevitabilidade da morte sugere uma complexidade no sentido de vida que transcende as categorias simples de religioso e não religioso. Mário valoriza os relacionamentos e interações pessoais, como mostrado em seu comentário sobre as visitas de clientes, o que pode oferecer-lhe um sentido de vida apesar de sua visão naturalista da morte.

De acordo com Gontijo, Silva e Damásio (2022), crenças religiosas de quem somos nós, como devemos viver, para aonde nós vamos, porque tudo isso existe, forneceriam respostas (psicologicamente) mais satisfatórias às grandes questões existenciais.

Os relatos de Maria e Pedro 1 apresentados no estudo indicam que a espiritualidade foi incorporada pelos pacientes como recursos para enfrentar a doença e ressignificar o processo de morte. Os resultados dessa integração têm se mostrado extremamente positivos, impactando de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes e facilitando uma melhor aceitação do processo de morte.

Eu penso assim, eu quero morrer porque eu quero ver se eu vejo Jesus de frente a frente. porque eu sei que ele existe, que ele andou aqui na terra né? Mas eu quero ver ele. Se ele me dá permissão né? Eu ficaria alegre, ia abraçar Ele igual eu abraço meu neto que mora na Irlanda (Maria, 85 anos).

Eu não sei para aonde eu vou, só Deus mesmo. Não tenho medo de morrer. Nunca tive. Trabalho no mato. Gostava muito do mato. Natureza, caçar (Pedro 1, 80 anos).

Diante de um diagnóstico sem perspectiva de cura e ao se aproximar de sua finitude, Pedro 2 (segunda entrevista) demonstra medo e instabilidade em sua fé.

É um negócio invisível, faz o compromisso com ela para não morrer aí dava o dia ela ia buscar o cara. Ninguém sabe como que ela é. Coisa melhor é a saúde. Antes não tinha medo de nada. (...) Oh meu Deus, me cura! (Pedro 2, 80 anos).

De acordo com Benites, Neme e Santos (2017), os conceitos, questionamentos e percepções sobre a finitude da vida são parte intrínseca da experiência humana. Quando um indivíduo recebe um diagnóstico sem chances de cura ou reversão ele se depara com dilemas que afetam seu projeto de vida, principalmente devido à ruptura dos vínculos afetivos e às incertezas sobre a morte. Percebe-se esse movimento na Fala de Pedro 2 (segunda entrevista). Esse tipo de situação oferece ao indivíduo experiências completamente diferentes das que ele havia vivido até então, à medida que se adapta a essa nova realidade.

Os participantes Mário e João, diante desses dilemas, ao acessar sua espiritualidade, desenvolvem crenças e convicções que proporcionam uma sensação de maior segurança. Para Salles (2014, p. 397-406), em diversas religiões, o processo de morrer está relacionado a um propósito superior, geralmente associado a uma divindade ou ser transcendente. No catolicismo e protestantismo, por exemplo, há a crença de que a vida continuará em um novo lugar, seja ao lado de Deus ou em um local de sofrimento. Outras tradições religiosas, como o espiritismo, budismo, hinduísmo e taoísmo, defendem a ideia da reencarnação.

Como eu vejo a morte? Eu quase não sei responder isso aí, sinceramente. Eu acredito na vida depois da morte, que a vida passa (João, 68 anos).

Vejo a morte como uma coisa natural. A gente tem medo da morte. Todo mundo que já nasceu e viveu tem direito a sorrir e a chorar. (...) Muitos clientes vêm me visitar e pergunta o que eu preciso (Mário, 67 anos).

Mário destaca, ao verbalizar sobre a morte diante de sua finitude, que a sua existência é um direito de sorrir e chorar. Esse mesmo direito que reflete em dignidade. Embora sejam diferentes, o conceito de dignidade e sentido de vida, esses conceitos podem se entrelaçar. Uma pessoa que vive de acordo com seus

princípios de dignidade pode encontrar nisso um sentido de vida, assim como alguém que sente que sua vida tem sentido provavelmente preservará sua dignidade em várias situações. Em um estudo na Holanda onde os pacientes em CPs pediam a brevidade da vida através da eutanásia, a “perda da dignidade” foi o motivo mais comum para antecipar a morte dos pacientes, citado em 57% dos casos e a “dor” com 46%, contrariando a hipótese inicial em que a dor superaria outros sintomas (Chochinov, 2012, p. 25).

Ao falar da morte como sentido o participante Mário trouxe em sua fala o perdão que, segundo Frankl (2019, p. 6):

a logoterapia, como uma forma de análise existencial, reconhece na pessoa a ‘dimensão noológica’, que vai além do psicofísico, abrangendo uma visão mais ampla que inclui o espiritual, não apenas em termos religiosos, mas também em aspectos valorativos, intelectuais e artísticos.

Com base nessa definição, podemos entender que o perdão está intimamente ligado ao tema do sentido da vida. A falta de perdão pode resultar em um vazio existencial que precisa ser trabalhado, permitindo que o indivíduo se liberte do fardo do ressentimento. “(...) Tenho que ser perdoado né. (...) Eu errei muito nesta vida. (...) A minha mulher estar comigo não é por acaso não” (Mário, 67 anos).

O enfrentamento da morte pode contribuir para o aprimoramento do processo de busca por coerência, significado e sensação de completude. Tal abordagem favorece o desenvolvimento da consciência de que a fase final da vida representa uma oportunidade singular para vivenciar plenamente seu potencial, construir um legado autêntico e estabelecer uma conexão com dimensões transcendentais. Ao situar a existência sob uma perspectiva de transcendência, o indivíduo é capaz de reconhecer que, mesmo diante da proximidade da morte, há espaço para experiências significativas e para o simples ato de ser. Esse processo possibilita que o paciente se aproxime do fim da vida com um senso de paz e aceitação. Como destaca Breitbart (2008, p. 212), “o paradoxo dessa dinâmica [...] é que pela aceitação da vida que se viveu surge a aceitação da partida e da morte”.

CONCLUSÃO

Apresentar uma conclusão destacando aspectos positivos em uma pesquisa cujo desfecho envolve uma perda amostral significativa entre a população estudada constitui um desafio considerável. No entanto, é pertinente enfatizar que mais do que os dados qualitativos obtidos ao longo do estudo, o verdadeiro valor reside nas compreensões e reflexões que emergiram durante o processo investigativo. Os resultados transcendem as estatísticas, revelando *insights* e novas perspectivas que iluminam o percurso acadêmico e prático, contribuindo para uma visão ampliada e humanizada do fenômeno analisado.

Este estudo abordou a temática da espiritualidade inserida na saúde, mais especificamente nos contextos de CP, tendo atingido parte de seu objetivo de compreender por meio das narrativas experienciais dos participantes da pesquisa como a espiritualidade é vivenciada desde o diagnóstico de CP até os critérios de terminalidade. O método fenomenológico proporcionou uma análise ampliada e holística do objeto, permitindo um acesso a um nível de experiência que não seria capaz de ser quantificado.

O grupo inicial de participantes foi constituído por quatro pacientes. Durante o decorrer da pesquisa houve uma perda amostral de três indivíduos. Dentre as perdas, dois pacientes evoluíram para óbito e um apresentou agravamento do prognóstico, o que inviabilizou sua continuidade no estudo.

Teve como construto teórico, metodológico e epistemológico as Ciências da Religião, Psicologia da Religião, Filosofia, Antropologia, Ciências Médicas e outras disciplinas que se inter-relacionam.

O ser humano é intrinsecamente relacional e orientado pela busca de significado. As formas de conexão espiritual e seus respectivos significados são diversas e multifacetadas. Em contextos de sofrimento e diante da finitude, frequentemente emerge uma crise de natureza espiritual. Por essa razão, a espiritualidade tem sido reconhecida como o sexto sinal vital nos CP, refletindo sua importância na avaliação e no cuidado integral do paciente.

A experiência humana dentro do contexto de CP é profundamente influenciada pelas significações atribuídas à morte e ao processo de morrer, bem como pela percepção do tempo de vida restante. Diante da iminência da morte ocorre um processo de reflexão existencial que transcende a superficialidade das

interações cotidianas conduzindo o indivíduo a um nível mais profundo de autoconhecimento e introspecção. Esse movimento reflexivo revela a íntima conexão entre a consciência da finitude e a forma como a vida é conduzida. Frequentemente, o ritmo acelerado em busca de realizações impede uma análise crítica sobre a qualidade do existir, postergando questões fundamentais sobre o sentido da vida e as escolhas que a orientam.

A inevitabilidade da morte impõe ao ser humano a necessidade premente de buscar sentido na vida, na finitude e no mistério que envolve a existência. Nesse contexto, o Sagrado, através da espiritualidade, emerge como uma linguagem fundamental, capaz de expressar e dar forma às angústias que permeiam o indivíduo em suas múltiplas dimensões diante do sofrimento existencial, da morte e do desejo de eternidade. A espiritualidade se revela, assim, como um recurso significativo de enfrentamento não apenas das questões relacionadas à morte, mas, sobretudo, da própria vida, permitindo a experiência de transcendência.

Esse processo de busca por sentido atua na mitigação da ansiedade em relação ao que transcende a existência terrena. Kovács (2007) ressalta que os rituais religiosos desempenham um papel crucial ao oferecerem simbolismos que facilitam a elaboração da morte. Tais rituais possibilitam que o indivíduo se projete no lugar daquele que faleceu, iniciando um processo de assimilação gradual da própria finitude e reforçando a compreensão de que a morte é uma certeza inevitável.

Nesse sentido, Viktor Frankl (1989) amplia a reflexão ao destacar que, além de buscar o sentido na vida, é igualmente essencial escutar a “voz do sentido” na morte, reconhecendo-a como parte inerente da existência humana. A morte sob essa perspectiva assume o papel de um catalisador existencial, incentivando a lapidação da consciência em direção à busca por significado. Essa visão é corroborada por Breitbart (2009, p. 212), que em suas pesquisas com pacientes em cuidados paliativos observa que a aceitação e o enfrentamento da própria finitude podem atuar como fatores transformadores. O reconhecimento da morte promove uma reavaliação do percurso de vida, fomentando um processo de integração e aceitação. O paradoxo dessa experiência terminal revela que “através da aceitação da vida que se viveu, surge a aceitação da partida e da morte”. Ao aceitar plenamente a trajetória vivida o indivíduo passa a aceitar, de forma mais serena, a própria morte. Tal dinâmica sugere que a aceitação da vida, com suas conquistas e

limitações, constitui um passo essencial para que a morte seja vivenciada não como uma ruptura, mas como uma etapa natural da existência.

O sentido da vida como tema de estudo na Psicologia frequentemente se aproxima do estudo sobre espiritualidade, principalmente quando se consideram questões de propósito, significado e conexão mais profunda com o eu e com o universo. Essa interseção ocorre porque ambos os campos se preocupam com o bem-estar integral do indivíduo e buscam entender aspectos da experiência humana que transcendem o material e o imediatamente observável.

As angústias que frequentemente assolam o paciente em dor são intensas. A incerteza gerada por diferentes crenças religiosas sobre a vida após a morte cria um verdadeiro emaranhado de pensamentos, alimentando medos e ansiedades. Confrontado com sua própria mortalidade, o paciente enfrenta diariamente o desafio de suprimir sua privacidade e encarar seu processo de morrer, o que inevitavelmente leva a reflexões sobre a vida que viveu e a vida que está prestes a deixar. Essas reflexões, embora possam ser fonte de angústia em muitos momentos, em outros podem oferecer uma sensação de libertação.

Acompanhar pessoas até o fim de suas jornadas enfrentando lutos antecipatórios, perdas significativas e também se fortalecendo com vida e esperança representa um desafio cotidiano. Se a existência se limitasse apenas às dimensões orgânicas, se viver fosse meramente existir, talvez pudéssemos encarar o tempo como uma mera formalidade a ser cumprida. No entanto, a vida possui um sentido mais profundo e é essencial que a vida adquira significado. Abrace as surpresas e explore os sentidos; isso transforma a vida em uma sinfonia, cheia de pausas e nuances, idas e vindas que, no final, conferem sentido ao tocar o último acorde.

A espiritualidade e as crenças religiosas desempenham um papel importante nesse caminho que vai da angústia à libertação, especialmente ao enfrentar doenças e a iminência da morte. Atitudes resilientes ajudam a suavizar essa jornada, atenuando os impactos ameaçadores inerentes ao processo.

Partindo do pressuposto que a espiritualidade no paciente em CP ajuda a superar os medos e auxilia o paciente a encontrar um sentido para a vida, superando obstáculos e limitações impostas pelo agravamento de doença que ameacem a continuidade da vida, e que o cuidado deve perpassar pela integralidade do ser, percebemos por parte de nossos participantes da pesquisa as mais diversas formas de expressarem as espiritualidades (através de seres espirituais e sem seres

espirituais) nos momentos que foram transformados em categorias na sessão de resultados (Sentidos em relação à doença, Sentidos dos cuidados recebidos, Sentidos em relação à família, Sentido da vida, Fontes de referências para o sentido, Considera uma pessoa religiosa?, Sentidos de vida após receber o diagnóstico de CP e Sentido da morte).

As narrativas da maioria dos participantes revelaram que a espiritualidade transcende uma prática religiosa formal, manifestando-se de formas diferentes. Algumas delas como: na conexão com o outro, no desejo de reconciliação com a própria história e na busca por sentido diante da proximidade da finitude. Embora o conceito restritivo da espiritualidade seja mais frequentemente utilizado nas pesquisas devido à sua facilidade de mensuração, em nossa pesquisa o conceito mais inclusivo foi o que mais despontou. Isso se deve ao fato de englobar uma maior diversidade de crenças e visões de mundo. Esse fenômeno se apresentou não apenas como um recurso emocional, mas como um elemento estruturante na vivência do adoecimento, oferecendo suporte existencial e promovendo momentos de paz em meio à vulnerabilidade.

Foi possível perceber que, para muitos, a espiritualidade não apenas ameniza a dor, mas também promove um reencontro com dimensões esquecidas de si mesmos, revelando um movimento de reconstrução do ser, mesmo quando a cura física já não é possível. A presença de práticas espirituais, orações, visitas de familiares e de rituais simbólicos emergiram como uma forma de dignificação do tempo que resta, ressignificando a ideia de morte e transformando o ambiente hospitalar em um espaço onde a vida ainda pulsa com significado.

A análise das narrativas revelou que a dimensão espiritual tem desempenhado um papel fundamental ao proporcionar recursos para o enfrentamento e para a construção de novos significados diante do adoecimento e da morte. A doença é vista como um desafio a ser superado, com a fé oferecendo a força necessária para isso. A própria morte, em muitas narrativas, não é considerada uma derrota, mas sim uma transição, sendo frequentemente descrita como uma passagem digna e sem sofrimento. Entretanto, essa vivência é singular, atravessada por histórias de vida, crenças e emoções que variam de paciente para paciente. A espiritualidade, nesse contexto, se mostrou como uma experiência íntima, mas compartilhada, que revela tanto o desejo de transcendência quanto a necessidade de pertencimento.

O estudo concluiu, parcialmente, a proposta de explorar as experiências em dois momentos distintos, representados pelas figuras de Pedro 1 (caracterizado pela primeira entrevista logo após o diagnóstico de CP) e Pedro 2 (caracterizado pela segunda entrevista, em estágio de terminalidade). As narrativas apresentaram diferenças significativas nos sentidos atribuídos à vida e à morte. Para Pedro 1, o sentido de vida se demonstrou intrinsecamente ligado ao trabalho, aos filhos e à espiritualidade, com a conexão com Deus desempenhando um papel ativo na ressignificação do luto e no fortalecimento da esperança. Em contraste, Pedro 2 demonstrou uma vivência da fé mais ambivalente, marcada por uma tensão entre gratidão e resignação, ao mesmo tempo em que direciona seu foco à saúde e à luta pela sobrevivência. Em relação à morte, Pedro 1 a percebeu como uma transição espiritual, um conceito reforçado por suas experiências subjetivas de conexão com a esposa falecida. Por outro lado, para Pedro 2, a morte emergiu como uma fonte de angústia, associada à incerteza e à vulnerabilidade frente ao desconhecido.

Este estudo não visa generalizações devido ao número limitado de participantes e por se concentrar na compreensão fenomenológica das experiências singulares de pacientes em cuidados paliativos. Foi possível perceber, em alguns contextos, o quanto a dimensão espiritual é fundamental para que indivíduos em situações de grande vulnerabilidade possam enfrentar a dor, o sofrimento e a finitude provenientes do contexto de CP, redefinindo continuamente suas vivências.

As limitações deste estudo residem na subjetividade das experiências descritas e na impossibilidade de generalizar os resultados. Contudo, essa mesma subjetividade se configura como a essência da pesquisa fenomenológica, permitindo uma imersão nas camadas mais profundas do ser e proporcionando um olhar ampliado sobre a integralidade do cuidado em saúde.

A presente pesquisa corrobora com Asgeirsdottir *et al.* (2013) em seu estudo qualitativo, empregando a metodologia fenomenológica para explorar a dimensão espiritual de pacientes em cuidados paliativos, analisando como as experiências de espiritualidade afetam suas vidas e bem-estar próximo à finitude. Revelou tanto aspectos religiosos quanto não-religiosos da espiritualidade, incluindo a importância das relações familiares, amigos, natureza, o significado atribuído a Deus e o impacto na saúde e o no bem-estar pessoal.

A abordagem dos CP tem como objetivo identificar e tratar o sofrimento humano de forma integral. Contudo, um dos aspectos mais significativos da

experiência humana – a espiritualidade – permanece, em muitos casos, um tema pouco explorado e considerado um tabu na prática de saúde.

Entendemos que o estudo dessa temática foi de grande relevância para o campo das Ciências da Religião e Saúde e poderá estimular os profissionais a refletir sobre a necessidade de atender à dimensão espiritual do paciente que se encontra sem alternativas de tratamentos que possibilitem a recuperação de sua saúde, mas requer assistência que propicie alívio para o seu sofrimento espiritual. Este estudo também poderá subsidiar novas investigações acerca da temática visto que essa dimensão necessita ser mais explorada no âmbito acadêmico.

Sugere-se que futuras pesquisas aprofundem essa temática em outros contextos de cuidados, explorando ainda mais a experiência dos pacientes, familiares, cuidadores e equipes em CP a fim de construir uma abordagem ainda mais humanizada e holística nos cuidados paliativos.

Finalizamos essa jornada com a percepção de que, ao escutar as vozes desses pacientes, não apenas desvendamos aspectos de suas experiências, mas também fomos transformados por elas. A espiritualidade, ao se manifestar na dor, revela a potência do humano em se reconstruir, mesmo diante da inevitabilidade do fim.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://paliativo.org.br/manual-de-cuidados-paliativos-ancp-esta-na-biblioteca-virtual/>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- AMATUZZI, M. M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 1, 1996. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/12244>. Acesso em: 11 mar. 2024.
- ARRIEIRA, I. C. O.; THOFERHN, M. B.; SCHAEFER, O. M.; FONSECA, A. D.; KANTORSKI, L. P.; CARDOSO, D. H. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. **Rev Gaúch Enferm.**, v. 38, n. 3, p. e58737, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.03.58737
- ARRIEIRA, I. C. O.; THOFERHN, M. B.; SCHAEFER, O. M.; FONSECA, A. D.; KANTORSKI, L. P.; CARDOSO, D. H. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, p. e58737, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- ASGEIRSDOTTIR, G. H.; SIGURBJORNSSON, E.; TRAUSTADOTTIR, R.; SIGURDARDOTTIR, V.; GUNNARSDOTTIR, S.; KELLY, E. To cherish each day as it comes: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 5, p. 1445-1451, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-012-1690-6>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- BALBONI, T. A. et al. The intersection of spirituality, religion, and cancer care: a patient perspective. **The Oncologist**, v. 18, n. 8, p. 760-767, 2013.
- BALDUCCI, L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. **J. Pain Symptom Manage**, v. 57, n. 1, p. 171-175, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>
- BENITES, A. C.; NEME, C. M. B.; SANTOS, M. A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estud Psicol.**, v. 34, n. 2, p. 269-79, 2017. DOI: 10.1590/1982-02752017000200008
- BOFF, L. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- BOYD, K.; MURRAY, S. A. Recognising and managing key transitions in end of life care. **BMJ**, v. 341, p. c4863, 2010. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4863.long>. Acesso em: 12 out. 2024.
- BRASIL. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html.

Acesso em: 22 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 30 de novembro de 2022**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 dez. 2022. p. 137.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.

Acesso em: 15 jun. 2024.

BREITBART, W. Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. **Palliative and Supportive Care**, v. 6, p. 211-12, 2008. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18662413/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 4. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2009. 212p.

CALDWELL-HARRIS, C. L. et al. Explorando a personalidade ateuista: bem-estar, admiração e pensamento mágico em ateus, budistas e cristãos. **Saúde Mental, Religião e Cultura**, v. 14, n. 7, 2011.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 4, p. 1134-4111, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrttdQb/?format=pdf&lang=en>.

Acesso em: 25 jun. 2021.

CARDEÑA, E.; LYINN, S. J.; KRIPPNER, S. (ed.). **Varieties of anomalous experience**: examining the scientific evidence. Washington DC: American Psychological Association, 2000.

CASELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. **N. Engl. J. Med.**, v. 306, n. 11, p. 639, 1982. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7057823/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CASSEL, E. J.; RICH, B. A. Intractable end-of-life suffering and the ethics of palliative sedation. **Pain Med**, v. 11, n. 3, p. 435-8, 2010.

CHEN, J.; LIN, Y.; YAN, J.; WU, Y.; HU, R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: a systematic review. **Palliat Med**, v. 32, n. 7, p. 1167-79, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29708010/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

CHERNY, N. I. The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine. In: CHERNY, N.; FALLON, M.; KAASA, S.; PORTENOY, R.; CURROW, D. C. (orgs.). **Oxford Textbook of palliative medicine**. New York: Oxford University Press, 2015. p. 35-48.

CHOCHINOV, H. M. **Terapia da Dignidade**: finitude, legado e dignidade nos cuidados paliativos. Tradução para o português. Barueri, SP: Editora Manole, 2012. p. 25.

CLARK, D. **Cicely Saunders**: a life and legacy. Oxford: Oxford University Press, 2018.

COELHO, A.; PAROLA, V.; BRAVO, M. E.; APÓSTOLO, J. *Comfort experience in palliative care: a phenomenological study*. **BMC Palliat Care**, v. 15, p. 71, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>

CORBÍ, M.; MARTINS FILHO, J. R. F.; ECCO, C. Por uma espiritualidade profunda: uma entrevista com Marià Corbí. **Caminhos**, v.15, n.1, Goiânia, p.149-161, 2017. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/caminhos/article/view/5973/3263>. Acesso em: 22 dez. 2024.

CUARTAS-HOYOS, P.; CHARRY-HERNÁNDEZ, R.; OSPINA-MUÑOZ, P.; CARREÑO-CORREDOR, S. Spiritual care: a look from the perspective of the model of symptom management and palliative care. **Rev. Colomb. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>

DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H.; SCHNELL, T. Fontes de Significado e Questionário de Sentido de Vida (SoMe): Propriedades psicométricas e achados sociodemográficos em uma grande amostra brasileira. **Acta de Investigación Psicológica**, v. 3, n. 3, p. 1205-1227, 2013. DOI: 10.1016/S2007-4719(13)70961-X

DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H.; SCHNELL, T. Cuestionario de Fuentes de Sentido y de Sentido de Vida (SoMe): Propiedades Psicométricas y Aspectos Sociodemográficos en una Amplia Muestra Brasileña. **Acta de Investigación Psicológica**, v. 3, n. 3, p. 1205-1227, 23 out. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317445975_Cuestionario_de_fuentes_de_sentido_y_de_sentido_de_vida_Propiedades_psicometricas_y_aspectos_sociodemograficos_en_una_amplia_muestra_brasilena. Acesso em: 22 out. 2024.

DELGADO-GUAY, M. O. et al. Espiritualidade, religiosidade e dor espiritual em pacientes com câncer avançado. **J Dor Sintoma Gerenciar**, v. 41, n. 6, p. 986-94, jun. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402459/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

DEMO, P. Teoria e prática da avaliação qualitativa. **Perspectivas**, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 7, p. 106-115, jan./jul. 2005.

DE OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade / religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2024.

DOYLE, D. **Bilhete de Plataforma**. Santo André-SP: Difusão Editora, 2015.

DURANTE, A. L. T. C.; TONINI, T.; ARMINI, L. R. Comfort in palliative care: the know-how of nurses in general hospital. **J Nurs UFPE**, v. 8, n. 3, p. 530-6, 2014. DOI: 10.5205/1981-8963-v8i3a9707p530-536-2014

ECCO, C.; LEMOS, C. T. Religião e saúde: o medo como elemento constituinte das representações de doença. *In*: ECCO, Clóvis; QUICENO, Japcy Margarita; QUADROS, Eduardo Gusmão; SIGNAYES, Luiz (orgs.). **Religião, saúde e terapias integrativas**. Goiânia: Espaço Acadêmico, 2016. v. 1, p. 113-137.

ESPERANDIO, M. R. G. Espiritualidade em cuidados paliativos: contribuições do coping religioso/espiritual. *In*: CORRADI-PERINI, C.; ESPERANDIO, M. R. G.; SOUZA, W. **BIOHCS: Bioética e Cuidados Paliativos**. 1. ed. Curitiba: Editora Prismas, 2016. p. 241-262.

ESPINDULA, J. A.; DO VALLE, E. R. M.; ALES BELLO, A. Religion and spirituality: the perspective of health professionals. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1229-36, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H5TJcQSxjsMcncF6nTwJg6S/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 mar. 2024.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; ABRÃO, F. M. S.; BATISTA, P. S. S.; OLIVEIRA, R. C. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 176-82, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160023

FEGG, M. J.; BRANDSTATTER, M.; KRAMER, M.; KOGLER, M.; HAARMANN-DOETKOTTE, S.; BORASIO, G. D. Meaning in life in palliative care patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 40, n. 4, p. 502-509, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20594803/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

FERREL, B.; OTTIS-GREEN, S.; ECONOMOU, D. Spirituality in cancer care at the end of life. **The Cancer Journal**, v. 5, n. 5, p. 431-437, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24051617/>. Acesso em: 22 mar. 2024.

FERRY, L. **A revolução do amor, por uma espiritualidade laica**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e Sentido da Vida**: fundamentos de logoterapia e análise existencial. São Paulo: Quadrante, 1989.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. Petrópolis: Vozes, 1993.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, V. E.; LAPIDE, P. **Búsqueda de Dios y sentido de la vida**: diálogo entre un teólogo y un psicólogo. 1. ed. Barcelona: Herder, 2005.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 39. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

FRANKL, V. E. **O Sofrimento Humano**: fundamentos antropológicos da psicoterapia. São Paulo: É realizações, 2019.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONTIJO, D. F.; SILVA, D. M. R.; DAMÁSIO, B. F. Religiosity/spirituality and mental health: Evidence of curvilinear relationships in a sample of religious people, spirituals, atheists, and agnostics. **Archive for the Psychol.**, p. 1-22, 2022. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/717717323/Gontijo-Silva-Dama-sio-2022-Spirituality-and-mental-health-Evidence-of-curvilinear-relationships-in-a-sample-of-religious-people-spirituals>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yzr7ZMVcnYGTSt7xXGGBrL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2024.

GOODWIN, C. J. **História da psicologia moderna**. São Paulo: Cultrix, 2005.

GUIMARÃES, V. C. F. **Assistência espiritual em Enfermagem**: a problemática e uma solução. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

HAYWARD, R. D.; TAYLOR, W. D.; SMOSKI, M. J.; STEFFENS, D. C.; PAYNE, M. E. (Association of NEO personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression among older adults. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 88-96, 2013. DOI: 10.1016/j.jagp.2012.11.012

HIGHET, G.; CRAWFORD, D.; MURRAY, A. S.; BOYD, K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): a mixed-methods study. **BJM**, 4, n. 3, 2014. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>. Acesso em: 12 out. 2024.

HIGUERA, J. C. B.; GONZÁLEZ, B. L.; DURBÁN, M. V.; VELA, M. G. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. **Med Paliat.**, v. 20, n. 3, p. 93-102, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X12000559>. Acesso em: 12 jun. 2024.

HORNING, S. M. et al. Idosos ateus, agnósticos e religiosos sobre bem-estar e comportamentos de enfrentamento. **Revista de Estudos do Envelhecimento**, v. 25, n. 2, p. 177-188, abr. 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089040651000085X?via%3DiHub>. Acesso em: 13 jun. 2024.

IPSOS. **Global Advisor - Religious beliefs across the world** [Internet]. 2023 Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/749565902/Ipsos-Global-Advisor-Religion-2023-Report-26-Countries>. Acesso em: 15 dez. 2024.

KING, M. B.; KOENIG, H. G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-116>. Acesso em: 22 mar. 2024.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. Acesso em: 9 dez. 2024.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 246-255, 2007. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf. Acesso em: 24 ago. 2024.

LEÃO, E. R. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de (org.). **Buscar sentido e Plenitude de Vida**: Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

LEMONS, C. T. Religião e saúde: a busca de uma vida com sentido. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 479-510, 2002.

LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. C. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 414-431.

LIMA, A. C.; SILVA, J. A.; SILVA, M. J. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem On-Line**, v. 14, p. 360-367, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15630/10401>. Acesso em: 17 jul. 2017.

LUCCHETTI, G.; LAMAS GRANERO, A.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; DA PONTE NACIF, S. A. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

MAKO, C.; GALEK, K.; POPPITO, S. R. Dor espiritual entre pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. **J Palliat Med.**, v. 9, n. 5, p. 1106-13, out. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17040148/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003.

MARTELA, F.; STEGER, M. F. The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. **The Journal of Positive Psychology**, v. 11, n. 5, p. 531-545, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17439760.2015.1137623>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MCCORD, G. et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 2, n. 4, p. 356-361, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MONTEIRO, D. M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. *In*: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (org.). **Buscar sentido e plenitude de vida**: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

MORAES, R.; PAES, M. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **BVS**, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3hzMx3Z8tgnXn4HdW5qYBLB/?format=pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 3-4, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/Yjvd9mX4DsTPSnYwrQ7RVVK/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espirituais e religiosa. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 345-356, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/HxrrqnNtNcfvGT5xQwbmNTf/>. Acesso em: 24 ago. 2024.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tXdvKWGpyYDfKwCWMDHW3ZG/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

NASCIMENTO, L. C. et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto – Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013.

OLIVEIRA, L. B. A. de. **O sagrado e o profano em Hieronymus Bosch**. 2022. 175 f. Dissertação (Mestrado em História) - Escola de Formação de Professores e Humanidades, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (WHA67.19)**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 out. 2024.

OTTO, R. **O sagrado**: aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional. São Leopoldo: Sinodal, EST; 2007. p. 44.

PAIVA, G. J. AIDS, Psicologia e Religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 27-34, 1998.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B. W.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **J Scientific Study Rel.**, v. 27, p. 710-724, 1998. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1999-10116-009>. Acesso em: 12 mar. 2024.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. D. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 260- 268, 2012.

PEREZ, D. Z. Perdida de sentido y neurosis existencial. **Revista Cubana de Psicología**, v. 14, n. 1, p. 65-69, 1997. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n1/10.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2024.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín.**, v. 34, supl 1, p. 82-7, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700011

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde On Line**, v. 29, p. 491-509, 2005. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf. Acesso em: 22 mar. 2024.

PESSINI, L. **Espiritualidade e a arte de cuidar**: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: São Camilo e Paulinas, 2010.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PUCHASLSKL, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19807235/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PUCHALSKI, C. M. Spirituality in cancer trajectory. **Annals of Oncology**, v. 23, n. 3, p. 49-55, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419388921#:~:text=Spirituality%20may%20affect%20how%20a,22.%2C%2023.%5D>. Acesso em: 22 abr. 2024.

PUCHALSKI, C. M. Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. **Polish Archives of Internal Medicine**, v. 123, n. 9, p. 491-497, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084250/>. Acesso em: 22 fev. 2024.

PUCHALSKI, C. M.; BLATT, B.; KOGAN, M.; BUTLER, A. Spirituality and health: the development of a field. **Acad Med.**, v. 89, p. 10-16, 2014a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24280839/>. Acesso em: 22 mar. 2024.

PUCHALSKI, C. M.; VITILLO, R.; HULL, S. K.; RELLER, N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J.**

Pall. Med., v. 17, n. 6, p. 642-656, jun. 2014b. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4038982/>. Acesso em: 28 set. 2024.

RADBRUCH, L. et al. Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. **Journal os Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387576/>. Acesso em: 15 dez. 2024.

REED, P. Religiousness among terminally ill and healthy adults. **Wes J Nurs Res.**, v. 9, n. 1, p. 36-41, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3634417/>. Acesso em: 22 mar. 2024.

REGO, F.; PEREIRA, C.; REGO, G.; NUNES, R. The psychological and spiritual dimensions of palliative care : a descriptive systematic review review. **Neuropsychiatry**, London, v. 8, n. 2, p. 484-940, 2018. Disponível em: <https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/the-psychological-and-spiritual-dimensions-of-palliative-care-a-descriptive-systematic-review-12429.html>. Acesso em: 15 nov. 2024.

ROSADO-NUNES, M. J. Gênero e Religião. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 2, p. 363, 2005.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SALLES, A. A. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. **Rev. bioét.**, v. 22, n. 3, p. 397-406, 2014. DOI: 10.1590/1983-80422014223021

SALSMAN, J. M.; PUSTEJOVSKY, J. E.; JIM, H. S.; MUNOZ, A. R.; MERLUZZI, T. V.; GEORGE, L. et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. **Cancer**, [S.l.], v. 121, n. 24, p. 3769-3778, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26258536/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-31.

SPITZ, H. H. **Movimentos não conscientes**: de mensagens místicas à comunicação facilitada. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1997.

STEINHAUSER, K. E.; FITCHETT, G.; HANDZO, G. F.; JOHNSON, K. S.; KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I. et al. State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage** v. 54, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302920>. Acesso em: 15 dez. 2024.

VAIL III, K.; SOENKE, M. O impacto da consciência da mortalidade no significado da vida entre cristãos e ateus. **Religião, Cérebro e Comportamento**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/315507393_The_impact_of_mortality_awareness_on_meaning_in_life_among_Christians_and_atheists. Acesso em: 11 mar. 2024.

VALLE, J. E. R. Religião e espiritualidade, um olhar psicológico. In: AMATUZZI, M. M. (org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 83-107.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad CEDES**, v. 29, n. 79, p. 323-34, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/fj98SWFrmYQJYjGQhjh5cL/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

WENCELEVSKI, M. T.; MILANSKI, Y. A. S.; SOARES, F. F. The performance of the psychologist with patients under palliative care. **Akrópolis**, v. 23, n. 2, 2015.

WHOQOL SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators** [Internet]. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>. Acesso em: 15 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care**. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 11 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 11 mar. 2024.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. **JAMA**, v. 310, n. 20, p. 2191-4, 2013.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care** [Internet]. London: WPCH e WHO, 2020. 120p. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/WHPCA_Global_Atlas_FINAL_DIGITAL.pdf. Acesso em: 14 dez. 2024.

WOOLFIED, A.; MITCHELL G.; KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN, S.; SENIOR, H. Predicting those who are at risk of dying within six to twelve months in primary care: a retrospective case-control general practice chart analysis. **J. Palliat. Med.**, v. 22, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2018.0562?journalCode=jpm>. Acesso em: 12 nov. 2024.

APÊNDICES**APÊNDICE A****ROTEIRO DE PERGUNTAS SEMIESTRUTURADAS**

1 - Nome:

2 - Idade:

3 - Profissão:

4 - Formação escolar:

3 - Local de residência:

4 - Há quanto tempo está doente:

5 - Há quanto tempo está nos cuidados paliativos:

6 - Quem lhe acompanha:

7 - Como você se sente em relação à doença:

8 - Como você se sente em relação aos cuidados que está recebendo:

9 - Como você se sente em relação à sua família:

10 - Qual é o sentido da vida, pra você?

11 – Onde, em que ou em quem você encontra referências para seu sentido de vida (quais são suas fontes de referência para o sentido da sua vida?):

12. Você se considera uma pessoa religiosa? (explique sua resposta: se sim, porque acha que é religiosa? Se não, porque acha que não é religiosa?):

13 - Alguma coisa mudou em relação ao sentido de sua vida após receber o diagnóstico de sua situação de saúde? (se sim, o que mudou?)

15 - Como você vê a morte?
