

Avaliação da Espiritualidade de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos: Estudo Qualitativo

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5508>

Assessment of Spirituality in Cancer Patients Receiving Palliative Care: Qualitative Study

Evaluación de la Espiritualidad en Pacientes con Cáncer que Reciben Cuidados Paliativos: Estudio Cualitativo

Nestor Sousa Junior¹; Talita Farias Amorim²; Vanessa Mayara Souza Silva Martins³; Maiza Claudia Vilela Hipólito⁴; Diego Salvador Muniz da Silva⁵

RESUMO

Introdução: A espiritualidade é um componente intrínseco da experiência humana, sendo a manifestação das crenças ou vivências religiosas frequentemente observadas no contexto da saúde. Nos cuidados paliativos, a avaliação espiritual busca compreender a relação do paciente com essas crenças e a comunidade, na tentativa de identificar sofrimentos inerentes à condição de terminalidade. **Objetivo:** Explorar o significado da espiritualidade e as expectativas de pacientes em cuidados paliativos oncológicos quanto à sua abordagem na prática clínica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Estudo observacional, transversal e qualitativo, realizado com pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos pelo Centro Integrado de Oncologia e Serviço de Atenção Domiciliar. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semi-estruturado, utilizando os instrumentos FICA *Spiritual History Tool* e *Spiritual History* do *American College of Physicians*, seguida da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. **Resultados:** Foram entrevistados 12 pacientes, identificando-se quatro categorias temáticas que expressam a vivência espiritual dos participantes: fé/crença, importância da fé, comunidade e abordagem terapêutica. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram heterogeneidade nas expectativas dos pacientes quanto à abordagem da espiritualidade no SUS, reforçando a necessidade de cuidado individualizado e seu papel como recurso de enfrentamento. **Palavras-chave:** Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Terapias Espirituais; Neoplasias/psicologia.

ABSTRACT

Introduction: Spirituality is an intrinsic component of human experience, with the manifestation of religious beliefs or experiences often observed in the health context. In palliative care, spiritual assessment seeks to understand the patient's relationship with these beliefs and the community, in an attempt to identify suffering inherent to the end-of-life condition. **Objective:** To analyze whether the assessment of spirituality is relevant for patients under oncological palliative care. **Method:** Observational, cross-sectional, and qualitative study conducted with oncological patients in palliative care, assisted by the Integrated Oncology Center and Home Care Service. Data collection was carried out using a semi-structured questionnaire, utilizing the FICA *Spiritual History Tool* and the *American College of Physicians' Spiritual History* instruments, followed by Thematic Content Analysis as proposed by Bardin. **Results:** Twelve patients were interviewed, identifying four thematic categories that express the participants' spiritual experience: faith/belief, importance of faith; community, spiritual history, and therapeutic approach. **Conclusion:** The results showed heterogeneity in patients' expectations regarding the approach to spirituality in the SUS, reinforcing the need for individualized care and its role as a coping resource. **Key words:** Spirituality; Palliative Care; Spiritual Therapies; Neoplasms/psychology.

RESUMEN

Introducción: La espiritualidad es un componente intrínseco de la experiencia humana, siendo la manifestación de las creencias o vivencias religiosas frecuentemente observadas en el contexto de la salud. En los cuidados paliativos, la evaluación espiritual busca comprender la relación del paciente con estas creencias y la comunidad, en un intento de identificar sufrimientos inherentes a la condición de terminalidad. **Objetivo:** Analizar el significado de la espiritualidad y las expectativas de los pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos respecto a su enfoque en la práctica clínica en el Sistema Único de Salud (SUS). **Método:** Estudio observacional, transversal y cualitativo, realizado con pacientes oncológicos en cuidados paliativos, atendidos por el Centro Integrado de Oncología y por el Servicio de Atención Domiciliar. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario semiestructurado, utilizando los instrumentos FICA *Spiritual History Tool* y *Spiritual History* del *American College of Physicians*, seguida del Análisis de Contenido Temático propuesto por Bardin. **Resultados:** Se entrevistaron a 12 pacientes, identificando cuatro categorías temáticas que expresan la vivencia espiritual de los participantes: fe/creencia, importancia de la fe, comunidad, historia espiritual y enfoque terapéutico. **Conclusión:** Los resultados evidenciaron heterogeneidad en las expectativas de los pacientes respecto al enfoque de la espiritualidad en el SUS, reforzando la necesidad de una atención individualizada y su papel como recurso de afrontamiento. **Palabras clave:** Espiritualidad; Cuidados Paliativos; Terapias Espirituales; Neoplasias/psicología.

¹⁻⁵Centro Universitário Max-Planck (UniMAX), Curso de Medicina. Indaiatuba (SP), Brasil.

¹E-mail: nestor.junior633@al.unieduk.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-4010-4931>

²E-mail: talita.amorim813@al.unieduk.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-2070-386X>

³E-mail: vanessa.martins290@al.unieduk.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0005-2641-1451>

⁴E-mail: maiza.hipolito@prof.unieduk.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5109-943X>

⁵E-mail: diego.silva@prof.unieduk.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2525-0754>

Endereço para correspondência: Nestor Sousa Junior. Avenida Nove de Dezembro, 460 – Jardim Pedroso. Indaiatuba (SP), Brasil. CEP 13343-060. E-mail: nestor.junior633@al.unieduk.com.br



INTRODUÇÃO

A espiritualidade, no contexto dos cuidados de saúde, é compreendida como um aspecto dinâmico e intrínseco da experiência humana, pelo qual os indivíduos procuram significado, propósito e transcendência¹. Esta dimensão tem sido reconhecida como um recurso importante de enfrentamento desde o século passado², sendo que diversos estudos demonstram a sua influência na tomada de decisões em saúde³, nos resultados clínicos⁴ e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes⁵⁻⁹.

A importância desta dimensão torna-se ainda mais evidente quando se verifica a sua associação com a redução da mortalidade e o alívio do sofrimento psicológico^{10,11}, chegando até mesmo a ser capaz de melhorar a eficácia das intervenções médicas^{5,12}. Em contextos de doenças potencialmente fatais ou condições clínicas graves, os pacientes expressam o desejo de discutir as suas crenças com os profissionais de saúde de forma sensível aos valores individuais¹³⁻¹⁶.

Apesar de sua relevância, as necessidades espirituais dos pacientes frequentemente permanecem negligenciadas no contexto clínico, sobretudo em doenças avançadas, nas quais a espiritualidade pode representar fonte de conforto e esperança¹⁴. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como a “assistência ativa e total a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo”, destacando que o controle da dor e de outros sintomas, bem como dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, é essencial para o cuidado integral¹⁷.

Nesse contexto, o objetivo central dos cuidados paliativos passa por prevenir e aliviar o sofrimento, promovendo a melhor qualidade de vida possível para os doentes e suas famílias, independentemente da progressão da doença ou da continuidade de outras terapias. Esta abordagem humanizada implica, necessariamente, a inclusão da dimensão espiritual no plano terapêutico, respeitando as especificidades culturais, religiosas e espirituais de cada indivíduo^{16,18,19}.

Para garantir uma resposta adequada às necessidades espirituais dos pacientes, torna-se necessário recorrer a instrumentos, como FICA, HOPE e FAITH, que auxiliem na sua identificação e orientem o cuidado clínico²⁰. Na investigação em saúde, essas abordagens sistematizadas têm possibilitado a análise de construtos como bem-estar espiritual, sentido de vida, práticas religiosas e estratégias de enfrentamento, bem como sua associação com desfechos clínicos, incluindo qualidade de vida, enfrentamento da doença e tomada de decisões em saúde^{6,16,21}.

No Brasil, essa dimensão ganha relevância no contexto dos cuidados paliativos, especialmente com a recente

organização das políticas públicas voltadas à atenção integral às pessoas com doenças graves no Sistema Único de Saúde (SUS)²²⁻²⁴. A Resolução CIT n.º 41/2018 e a Portaria GM/MS n.º 3.681/2024 estabeleceram diretrizes e instituíram a Política Nacional de Cuidados Paliativos, em consonância com a Lei n.º 14.758/2023²²⁻²⁴. Nesse cenário, a assistência deve contemplar de forma integrada as dimensões física, emocional, social e espiritual do sofrimento²⁵. Estudos brasileiros recentes associam a espiritualidade à qualidade de vida, à esperança e ao enfrentamento da doença em pacientes oncológicos em cuidados paliativos^{13,18}, embora sua incorporação sistemática na prática assistencial ainda represente um desafio²¹.

No contexto da rede pública, Centros Integrados de Oncologia (CIO) são ambientes propícios para explorar essa abordagem mais integral, visto que fornecem uma atenção multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, conforme as normativas do Ministério da Saúde²². Ademais, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa Melhor em Casa, instituído pelo Ministério da Saúde no Art. 30, inciso X da Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016, também promovem a assistência multiprofissional em âmbito domiciliar de pacientes sob cuidados paliativos oncológicos clinicamente estáveis e que precisam de maior nível de complexidade²⁶.

Apesar da robusta literatura sobre a relevância da espiritualidade em saúde^{6,16} e das recomendações de diretrizes nacionais²⁵, ainda persiste um distanciamento entre o reconhecimento teórico dessa dimensão e sua efetiva integração na prática assistencial do SUS. Incorporar este cuidado à prática clínica exige avançar do plano conceitual para a análise das experiências concretas dos pacientes, explorando de que forma desejam que essa dimensão seja considerada pelas equipes de saúde.

À luz da recente Política Nacional de Cuidados Paliativos²⁴, a investigação dessa lacuna pode contribuir para o alinhamento do suporte espiritual às expectativas dos usuários da rede pública. Assim, o objetivo deste estudo é explorar o significado da espiritualidade e as expectativas de pacientes em cuidados paliativos oncológicos quanto à sua abordagem na prática clínica no SUS.

MÉTODO

Estudo qualitativo, observacional, transversal e de natureza descritivo-exploratória. Este referencial metodológico é utilizado na pesquisa em saúde por seu pragmatismo e foco em obter descrições ricas, diretas e de baixa inferência da experiência dos participantes em sua própria linguagem²⁷. Diferente de outras

abordagens qualitativas, como a fenomenologia ou a teoria fundamentada²⁸, o método qualitativo descritivo não busca desenvolver teorias complexas ou explorar a essência de um fenômeno, mas sim fornecer um relato abrangente e detalhado de um evento ou percepção, sendo ideal para responder perguntas diretas sobre as vivências dos pacientes²⁷.

A amostragem, por conveniência, incluiu pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos pelo CIO e SAD do município de Indaiatuba (São Paulo, Brasil). As entrevistas foram aplicadas por três pesquisadores da saúde, devidamente treinados na abordagem de pacientes e familiares e também na utilização das escalas avaliativas nos cenários ambulatorial e domiciliar. O estudo seguiu os *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQS) para garantir o rigor metodológico²⁹.

Os critérios de inclusão foram: pacientes oncológicos em cuidados paliativos, assistidos pelo CIO ou pelo SAD, maiores de 18 anos, capazes de se comunicarem em português e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos pacientes com limitações cognitivas e/ou barreiras linguísticas significativas que comprometessem a compreensão adequada dos questionários e da entrevista, bem como aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão.

Os potenciais participantes foram identificados pelas equipes médicas do CIO/SAD. Em seguida, os investigadores realizaram contato para confirmação dos critérios de elegibilidade e obtenção do consentimento informado. As entrevistas ocorreram em ambiente ambulatorial (CIO) e domiciliar (SAD), sendo conduzidas por três pesquisadores.

A coleta foi centrada nos pacientes, com possibilidade previamente definida de participação de cuidadores diretamente envolvidos no cuidado, conforme o contexto assistencial. A condução manteve foco no paciente, com mediação do pesquisador, por meio do direcionamento das perguntas ao paciente e redirecionamento de falas quando necessário, preservando sua perspectiva como unidade de análise.

Foram elegíveis 17 pacientes, dos quais 5 foram excluídos por apresentarem critérios de exclusão previamente estabelecidos, como déficits cognitivos e de linguagem que comprometiam a comunicação verbal. Assim, 12 pacientes foram entrevistados: 10 na presença de cuidadores familiares (5 cônjuges, 4 filhos adultos e 1 irmã) e 2 sem acompanhante.

Inicialmente, aplicou-se um questionário semiestruturado com dados sociodemográficos e clínicos, seguido dos instrumentos FICA *Spiritual History Tool*^{30,31} e *Spiritual History* do *American College of Physicians* (APC)³². O estado funcional, avaliado pelas escalas *Palliative Performance*

Scale/Karnofsky Performance Status (PPS/KPS)³³ e *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG)³⁴, foi obtido dos prontuários. Esses instrumentos foram utilizados por serem validados e recomendados na prática clínica em oncologia³⁵, permitindo investigar de forma sistemática a espiritualidade e sua influência no enfrentamento da doença²¹.

Os questionários foram aplicados verbalmente pelos pesquisadores, com duração média de 9,2 minutos (Mín=5,5; Máx=24,4), presencialmente e gravados em forma de áudio, garantindo a precisão e a integridade das informações coletadas. As gravações foram posteriormente transcritas integralmente em documentos de texto com acesso limitado à equipe de pesquisa, garantindo proteção de dados pessoais.

Os dados das entrevistas foram processados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática³⁶. A análise seguiu uma abordagem dedutiva, na qual a análise se inicia com um *framework* prévio para os códigos iniciais³⁷. Nesse contexto, a categorização foi guiada pelas quatro dimensões do instrumento FICA – Fé, Importância, Comunidade e Abordagem –, aplicado durante a coleta de dados³⁰.

Como premissa teórica, adotou-se o consenso de que a espiritualidade corresponde à busca por significado, propósito e conexão com o transcendente, não se restringindo a vínculos institucionais^{1,36}. Já a religiosidade foi definida como sua expressão organizada, por meio de crenças e práticas compartilhadas^{12,38}.

Com base nesses construtos, o instrumento foi analisado segundo suas dimensões: Fé (F), referente às crenças centrais e fontes de sentido; Importância (I), ao papel dessas crenças no enfrentamento da doença; Comunidade (C), às redes de suporte, formais e informais; e Abordagem (A), às expectativas dos pacientes quanto à consideração dessa dimensão no cuidado em saúde^{1,34}.

As três etapas de Bardin³⁶ foram, então, aplicadas neste contexto, sendo realizada uma pré-análise, os dados foram lidos de forma exploratória para familiarização, organização inicial e definição das categorias de análise, além da formulação de hipóteses preliminares. Na segunda etapa, de exploração do material, o conteúdo foi sistematicamente codificado e alocado dentro das quatro categorias pré-definidas do FICA³⁰. Na terceira etapa, referente ao tratamento dos resultados, os dados codificados foram interpretados e discutidos tendo como elementos teóricos de suporte a literatura científica pertinente sobre espiritualidade e cuidados paliativos, permitindo a articulação dos dados com o conhecimento existente³⁴ (Figura 1).

O *software* Atlas.ti³⁹ foi utilizado como ferramenta de apoio para organização e gerenciamento dos dados,

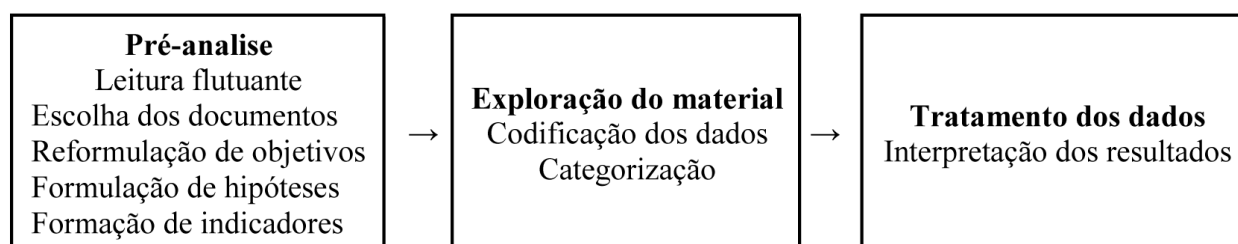


Figura 1. Fluxograma da análise dos dados
Fonte: adaptado de Bardin³⁶.

auxiliando na codificação e categorização. A análise temática foi conduzida pelos pesquisadores, e as categorias foram discutidas e validadas por consenso na equipe de pesquisa.

O estudo seguiu as normas éticas brasileiras para pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012⁴⁰ do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ensino Superior de Indaiatuba-SP aprovou a pesquisa sob o número de parecer 7312089 (CAAE: 85319424.6.0000.0241). A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando todos os direitos.

RESULTADOS

A amostra analisada foi composta por 12 pacientes, sendo 6 do sexo masculino e 6 do feminino. A idade dos participantes apresentou média de 66 anos (DP=12,0; mín=38; máx=79), revelando um perfil predominantemente idoso, com 75,0% da amostra na faixa etária de 60 a 79 anos, sendo a maioria casada (75,0%). Quanto à escolaridade, observou-se uma predominância do ensino fundamental incompleto (66,7%), seguido do ensino superior completo (25,0%). No que tange à identificação religiosa, a amostra apresentou-se de forma heterogênea: 33,3% identificaram-se como católicos, 33,3% declararam não possuir religião formal, 25,0% como evangélicos e 8,3% como espíritas.

Metade dos pacientes era assistida pelo SAD e a outra pelo CIO, sendo o tempo médio de acompanhamento dos pacientes nos cuidados paliativos de 6 meses (DP=8,1; Mín=0; Máx=27). Houve uma diversidade de diagnósticos oncológicos, sendo os mais frequentes o câncer colorretal, o de língua e o de rim (16,7% cada). O perfil sociodemográfico e clínico dos participantes está detalhado na Tabela 1.

A maioria dos participantes classificou seu estado de saúde como grave (33,3%) ou muito grave (41,7%). Apesar disso, 66,7% relataram sentir-se física e mentalmente bem no momento da avaliação, em consonância com a boa funcionalidade observada, com 66,7% apresentando

PPS/KPS entre 80–90 e predominância de ECOG 1 (66,7%). A análise por cenário evidenciou diferenças entre os contextos assistenciais: no CIO, 100% dos pacientes apresentaram ECOG 1, com PPS/KPS entre 70–90; no SAD, 66,7% foram classificados como ECOG 2 ou 3, com PPS/KPS entre 40–80.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos no Serviço de Atenção Domiciliar e no Centro Integrado de Oncologia

Variáveis	Pacientes (n=12)	
	n	%
Idade		
30 a 39 anos	1	8,3
50 a 59 anos	2	16,7
60 a 69 anos	4	33,3
70 a 79 anos	5	41,7
Sexo		
Masculino	6	50,0
Feminino	6	50,0
Estado civil		
Casado	9	75,0
Divorciado	2	16,7
Viúvo	1	8,3
E escolaridade		
Fundamental incompleto	8	66,7
Fundamental completo	1	8,3
Superior completo	3	25,0
Diagnóstico		
Câncer colorretal	2	16,7
Câncer de estômago	1	8,3
Câncer de laringe	1	8,3
Câncer de língua	2	16,7
Câncer de ovário	1	8,3
Câncer de próstata	1	8,3
Câncer de rim	2	16,7
Leucemia	1	8,3
Mieloma múltiplo	1	8,3

A aplicação do instrumento do APC²⁸ evidenciou que 83% dos pacientes relataram a fé como elemento marcante em fases anteriores da vida. Além disso, 58,3% afirmaram ter com quem conversar sobre espiritualidade, embora apenas 33,3% demonstrassem interesse em aprofundar esse diálogo no contexto do tratamento. Ademais, 33,3% referiram superação de problemas ou doenças por meio da fé; 25,0% destacaram a crença em uma entidade superior; e 16,7% expressaram confiança tanto no cuidado médico quanto no amparo espiritual. Manifestações menos frequentes incluíram reflexões sobre rituais, esperança na ausência de sofrimento após a morte e experiências subjetivas com a espiritualidade (8,3% cada).

Os dados organizados em categorias temáticas estão apresentados a seguir:

CATEGORIA I: FÉ E CRENÇAS

Ao investigar a identificação espiritual dos participantes, bem como se suas crenças ajudam no enfrentamento de problemas, 75,0% identificaram-se como religiosos ou espiritualizados e todos os entrevistados expressaram que o exercício da fé atua como um recurso para lidar com as dificuldades. Essa percepção pode ser ilustrada nos seguintes relatos:

Ah, eu acho que a fé de Deus pra gente é tudo, né? Tenho muita fé em Deus, sim (Paciente 1).

Acho que tudo que a gente tem que ter fé, né? Se a gente não tiver fé, a gente não consegue ir pra frente (Paciente 7).

Ah, eu acho que posso responder os dois, viu? Religiosa e muito espiritualizada, muito. Confio muito em Deus, né? (Paciente 12).

CATEGORIA II: IMPORTÂNCIA E INFLUÊNCIA

Ao serem questionados sobre a importância da fé e sua influência, todos os participantes relataram que a espiritualidade teve papel relevante no enfrentamento do câncer. A maioria (91,7%) afirmou que suas crenças os auxiliaram a lidar com o estresse e as fragilidades impostas pela doença. Quanto à influência nas decisões médicas ou tratamentos, 75,0% declararam que suas crenças não interferem, enquanto 16,7% apontaram alguma influência e 8,3% associaram à ausência de esperança de cura. Como a ampla maioria não atrelou a fé a restrições biomédicas, os relatos evidenciam que a espiritualidade atua de maneira indireta na terapêutica: fornecendo a base de confiança

para a adesão ao plano de cuidados e para a entrega ao tratamento médico.

As pessoas se entregam a instituições [religiosas]. Eu me entrego a uma força divina. A força divina sabe o que fazer. Não sou eu que vou determinar o que o médico vai fazer ou não. Quando eu vou para a cirurgia, eu coloco nas mãos de Deus as mãos do médico (Paciente 3).

A fé no sentido de acreditar, de crer, de persistir em alguma coisa, eu acho que é muito importante. [...] Eu entendo fé como isso: persistência naquilo que você precisa fazer, ou tem que fazer, ou acha que seria necessário fazer (Paciente 4).

Eu acho que fé é o que me move. O que move a minha vida. Uma certeza que Deus está comigo, me guia em todos os passos e pode me curar dessa enfermidade, se for da vontade dele (Paciente 9).

CATEGORIA III: COMUNIDADE

Quando indagados sobre a participação em comunidades religiosas ou espirituais, 41,7% dos pacientes afirmaram manter vínculos com grupos espirituais, 8,3% relataram envolvimento em grupos de oração, enquanto 50,0% disseram não ter ligação com nenhuma comunidade. A rede afetiva mais mencionada foi a familiar (83,3%), seguida por referências a entidades superiores (8,3%) e a laços de amizade (8,3%). O suporte espiritual foi descrito por meio de orações (41,7%), visitas domiciliares de grupos religiosos (16,7%), apoio de associações voltadas ao combate ao câncer (16,7%) e, em 25%, ausência de suporte direto. Entre os relatos, destacam-se:

Eu tenho “ene” relatos de pessoas que às vezes não têm nada a ver com a minha vida cotidiana. Entendeu? Por exemplo, tem gente que do nada me apareceu [...] depois de 20 anos que eu não via. [...] E quando você comenta o que está passando, a pessoa passa a te apoiar, a te receber. E, *ai*, ela te inclui num ciclo espiritual de onde ela frequenta. [...] São coisas que não sou eu que estou pedindo. Elas estão fazendo e por isso que é do nada (Paciente 3).

Ah, mas deu um suporte enorme. [...] O pessoal veio aqui, conversou, [...] deu suporte pra gente. No sentido de trazer uma sopinha, de conversar, de mandar as comunicações. Então, perfeitamente, sim (Paciente 4).



Ela conversa muito, as pessoas conversam muito comigo. Sobre o assunto. Tem gente que já passou. Então, conversa comigo sobre [...] Então, é uma forma de falar: não desista. Luta até o fim (Paciente 6).

Assim, na conversa, como você tá meio assim, meio jogado para lá e para cá e não sabe o que fazer, a pessoa chega, já bate aquele papo, já explica as coisas. Para mim, já é muito bom, viu? (Paciente 12).

CATEGORIA IV: ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Em relação às expectativas sobre como a espiritualidade deveria ser considerada no cuidado médico, emergiram seis demandas diferentes: manutenção da neutralidade (25,0%), atenção e acolhimento (25,0%), respeito às crenças pessoais (16,7%), esclarecimento sobre a integração entre espiritualidade e tratamento (16,7%), demanda condicionada à competência profissional (8,3%) e um paciente apenas respondeu que seus médicos foram excelentes (8,3%). Nos depoimentos, surgiram diferentes perspectivas:

Eu acho que a medicina também é assim. Vamos dar um antibiótico, mas também vamos tentar ouvir esse lado que compõe ele todo (Paciente 3).

Eu até prefiro deixar de fora, porque o médico, às vezes, tem as crenças dele, né? [...] Ele faz a parte técnica dele e transmite para mim. Só que eu espero que ele tenha consideração, se eu falar alguma coisa, né? [...] Mas se eu falar alguma coisa, que ele tenha, assim, consideração, respeito e não invadir também, né? (Paciente 4).

Eu não tenho muito o que reclamar dessa parte. Porque todos respeitaram. Eu também procuro respeitar, porque cada um é cada um. [...] Acho que a pessoa tem que ter respeito, só. Pela religião de cada um. E assim, sempre teve, pra mim, normal (Paciente 6).

DISCUSSÃO

A interpretação dos achados, à luz do referencial conceitual adotado, reforça a espiritualidade como dimensão central na experiência do adoecimento, compreendida como busca de sentido, propósito e conexão com o transcendente, não restrita à religiosidade formal^{20,41}. Nesse contexto, os resultados organizam-se de

forma coerente com as categorias do instrumento FICA, permitindo uma análise estruturada da vivência espiritual nos cuidados paliativos¹.

Na dimensão Fé (F), a espiritualidade mostrou-se um recurso amplamente mobilizado pelos pacientes, em consonância com a literatura que descreve o *coping* religioso como estratégia relevante no enfrentamento do câncer avançado^{7,38,42}. Estudos recentes corroboram sua associação com melhor qualidade de vida e maior resiliência diante da doença^{8,9,43}.

Quanto à Importância (I), a espiritualidade atua predominantemente como suporte emocional e existencial, auxiliando na elaboração do sofrimento e na manutenção do sentido de vida. Esse papel é amplamente descrito na literatura, que a reconhece como estratégia para manejo da angústia e da incerteza no contexto oncológico^{13,42,43}. Observa-se ainda que sua influência nas decisões terapêuticas ocorre de forma indireta, fortalecendo a confiança e a adesão ao cuidado, sem necessariamente gerar conflitos com a conduta médica⁴⁴.

Na dimensão Comunidade (C), evidencia-se que a vivência espiritual nem sempre está vinculada a instituições religiosas, sendo frequentemente sustentada por redes familiares e práticas individuais. Esse achado dialoga com estudos que diferenciam religiosidade organizacional da espiritualidade intrínseca¹⁰, reforçando que o suporte espiritual pode ocorrer fora de estruturas formais. Entretanto, a literatura aponta que a demanda por abordagem espiritual pelos serviços de saúde permanece frequentemente não atendida¹⁴, evidenciando uma lacuna assistencial relevante.

No que se refere à Abordagem (A), a heterogeneidade das preferências dos pacientes reforça a necessidade de um cuidado centrado na pessoa, com respeito à individualidade e às diferentes expectativas quanto à integração da espiritualidade na prática clínica¹⁶. A coexistência de demandas por neutralidade e por acolhimento ativo sugere que não há modelo único de abordagem, exigindo dos profissionais competências específicas para avaliação e condução desse tema⁴⁵⁻⁴⁹. Nesse sentido, a literatura recente destaca a capacitação em cuidado espiritual como elemento essencial para a qualidade da assistência⁵⁰.

A ausência de integração sistemática da espiritualidade no cuidado pode ser compreendida à luz do distanciamento entre diretrizes e prática clínica. Apesar das recomendações nacionais que reconhecem essa dimensão como componente dos cuidados paliativos^{24,26}, sua incorporação ainda é limitada, o que impacta diretamente o planejamento do cuidado integral. A inclusão da avaliação espiritual de forma estruturada pode favorecer intervenções mais alinhadas às necessidades e

valores dos pacientes, contribuindo para a integralidade da assistência²⁰.

Por fim, destaca-se que o menor interesse de parte dos pacientes em discutir espiritualidade com a equipe não reflete desvalorização do tema, mas possivelmente uma preferência por limites na abordagem ou insegurança quanto à preparação dos profissionais^{16,48}. Esse achado reforça a importância de abordagens sensíveis, individualizadas e baseadas em competências clínicas.

Entre as limitações, destacam-se o tamanho amostral reduzido e a amostragem por conveniência, que restringem a generalização dos achados, embora permitam transferibilidade para contextos semelhantes. Ademais, reconhece-se o potencial viés inerente à pesquisa qualitativa, mitigado por treinamento prévio da equipe. Soma-se a isso a complexidade metodológica do estudo da espiritualidade, dada sua natureza subjetiva e multidimensional⁹.

CONCLUSÃO

O principal achado deste estudo foi a heterogeneidade das expectativas dos pacientes quanto à abordagem da espiritualidade na prática clínica no SUS, indicando a inexistência de um modelo único e reforçando a necessidade de avaliação individualizada e centrada no paciente.

A espiritualidade mostrou-se um recurso relevante de enfrentamento e construção de sentido no adoecimento, independentemente da religiosidade formal. No entanto, a variabilidade das preferências evidencia que sua integração ao cuidado exige sensibilidade clínica e adaptação às necessidades individuais nos diferentes contextos assistenciais da rede pública.

Destaca-se a necessidade de capacitação das equipes para incorporar essa dimensão de forma ética e sistemática ao plano de cuidados, contribuindo para a integralidade da assistência e para a redução da lacuna entre diretrizes e prática no SUS. Estudos futuros devem explorar o impacto de intervenções estruturadas em cuidado espiritual nesse contexto.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes e seus familiares pela confiança e generosidade ao compartilharem suas valiosas experiências. À Dra. Carolina Silva Said Schettini, pelo acolhimento institucional e pelo apoio fundamental na seleção e no recrutamento dos participantes para a pesquisa, e à Dra. Cristina Bueno Terzi Coelho, por sua essencial contribuição na capacitação da equipe de pesquisadores para o manejo de pacientes em cuidados paliativos.

CONTRIBUIÇÕES

Nestor Sousa Junior, Talita Farias Amorim e Vanessa Mayara Souza Silva Martins contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na aquisição, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Maiza Claudia Vilela Hipólito e Diego Salvador Muniz da Silva contribuíram na redação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados da pesquisa devem ser solicitados ao autor correspondente, pois estão sujeitos a restrições éticas e está condicionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visando garantir a confidencialidade, o sigilo e a proteção integral da identidade dos participantes.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Programa de Iniciação Científica (PIC), Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (NEPI), Centro Universitário Max Planck. Indaiatuba (SP), Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
2. Ritz CDA. Pessoas sem religião com crença: a urbanização e a fragilização da herança religiosa. *REVER.* 2023;23(2):345-64. doi: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2023vol23i2a20>
3. Cenedesi Júnior MA. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. *Rev Bioét.* 2023;31:e3532PT. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233532PT>
4. Batista VM, Menezes TMO, Freitas RA, et al. Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210330. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210330.pt>
5. Machado CAM, Marques ACB, Silva LAA, et al. Coping religioso/espiritual e qualidade de vida dos sobreviventes de câncer cinco anos após o transplante de células-tronco



- hematopoiéticas. *Rev Bras Cancerol.* 2022;68(4):e-182812. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n4.2812>
6. Ferreira LF, Freire AP, Silveira ALC, et al. A influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(2):e-07422. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>
7. Nagy DS, Isaac A, Motofeala AC, et al. The role of spirituality and religion in improving quality of life and coping mechanisms in cancer patients: a systematic review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(23):2349. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare12232349>
8. Lebowa W, Prusak J, Leśniak M, et al. The influence of religiosity and spirituality on the quality of life of patients with multiple myeloma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2023;23(12):889-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clml.2023.08.013>
9. Majda A, Szul N, Kołodziej K, et al. Influence of spirituality and religiosity of cancer patients on their quality of life. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9):4952. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19094952>
10. Pawlikowski J, Białowolski P, Węziak-Białowolska D, et al. Religious service attendance, health behaviors and well-being: an outcome-wide longitudinal analysis. *Eur J Public Health.* 2019;29(6):1177-83. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz075>
11. Chen Y, Koh HK, Kawachi I, et al. Religious service attendance and deaths related to drugs, alcohol, and suicide among US health care professionals. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(7):737-44. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0175>
12. Chen Y, Kim ES, VanderWeele TJ. Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: Evidence from three prospective cohorts. *Int J Epidemiol.* 2020;49(6):2030-40. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa120>
13. Ramos TH, Silva LS, Carvalho TP, et al. Esperança da Pessoa com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2024;70(2):e-074661. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2024v70n2.4661>
14. Fuchs JR, Fuchs JW, Hauser JM, et al. Patient desire for spiritual assessment is unmet in urban and rural primary care settings. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):289. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06300-y>
15. Plauto MSBC, Cavalcanti CCF, Jordán APW, et al. Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2022;46(1):e043. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210322>
16. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA.* 2022;328(2):184-97. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
17. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1990. (WHO Technical Report Series; 804).
18. Santos LL, Barros VS, Haidar AMSCB, et al. Correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(3):e-203912. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3912>
19. Bizutti NS, Antunes RF, Melo RNR, et al. Evolução histórica do conforto no cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos em fim de vida: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2024;70(1):e-044437. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4437>
20. Sleeth G, Gottlieb P, Srinivasan A, et al. Evaluation of the HOPE spiritual assessment model: a scoping review of international interest, applications and studies over 20+ years. *BMC Palliat Care.* 2025;24(1):191. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01809-z>
21. Jaman-Mewes P, Caetano da Silva de Oliveira M, Mazotti MR, et al. Spiritual care interventions for palliative care patients: a scoping review. *Palliat Support Care.* 2024;22(5):1449-68. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951524000592>
22. Câmara dos Deputados (BR). Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2023 dez 20; Seção 1:1.
23. Ministério da Saúde (BR). 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). *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2018 nov 23.
24. Ministério da Saúde (BR). 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2024 maio 22.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito

- do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2016 abr 26; Seção 1.
26. D'Alessandro MPS, Barbosa LC, Anagusko SS, et al., editores. Manual de cuidados paliativos [Internet]. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2026 jul 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao?utm> Brasil.
 27. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. Characteristics of qualitative descriptive studies: a systematic review. *Res Nurs Health*. 2017;40(1):23-42. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
 28. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches. 4. ed. Los Angeles: Sage Publications; 2018.
 29. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
 30. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*. 2000;3(1):129-37. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
 31. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(2):163-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>
 32. Lo B, Quill T, Tulsky J, et al. Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med*. 1999;130(9):744-9.
 33. Bischoff KE, Patel K, Boscardin WJ, et al. Prognoses associated with Palliative Performance Scale scores in modern palliative care practice. *JAMA Netw Open*. 2024;7(7):e2420472. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.20472>
 34. Fillipo R, Leblanc TW, Plyler KE, et al. How do patients interpret and respond to a novel patient-reported Eastern Cooperative Oncology Group performance status (ECOG)? *Qual Life Res*. 2024;33(9):2375-85. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03715-y>
 35. Allende-Pérez S, Rodríguez-Mayoral O, Peña-Nieves A, et al. Performance status and survival in cancer patients undergoing palliative care: retrospective study. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(e1):e1256-62. doi: <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003562>
 36. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
 37. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, et al. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs*. 2018;23(1):42-55. doi: <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
 38. Silva VG, Souza FN, Siqueira ASA, et al. Ressignificação do diagnóstico de câncer e cuidados paliativos: abordagem urgente do cuidado oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2025;71(2):e-024891. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n2.4891>
 39. Soratto J, Pires DEP, Frieze S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: potentialities for research in health. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20190250. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
 40. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção 1:59.
 41. Dorenbaum-Fastlicht A, Castañeda I, Guevara-López UM, et al. Spirituality and spiritual care in palliative and terminal illness: a systematic review and epistemic meta-analysis from physicians' hermeneutic and bioethical perspective. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1):301. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01916-x>
 42. Meira GG, Biondo CS, Cunha JXP, et al. A importância atribuída à espiritualidade como estratégia de enfrentamento do tratamento oncológico. *Rev Baiana Enferm*. 2023;37:e43848. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.43848>
 43. Almeida Filho RF, Trezza MCSE, Comassetto I, et al. Spirituality in the uncertainty of illness: the perspective of oncology patients. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(4):e20220712. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0712>
 44. Patrício AC de A, Athayde RAA, Aquino TAA. A influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos. *REVER*. 2022;22(1):179-96. doi: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i1a12>
 45. Quinn B, Connolly M. Spirituality in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):1. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>
 46. Matos J, Querido A, Laranjeira C. Spiritual care through the lens of Portuguese palliative care professionals: a qualitative thematic analysis. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(2):134. doi: <https://doi.org/10.3390/bs14020134>
 47. Costeira C, Querido A, Ventura F, et al. Spiritual care[givers] competence in palliative care: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(11):1059. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare12111059>
 48. Wang W, Yang J, Bai D, et al. Nurses' perceptions and competencies about spirituality and spiritual care: a



systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2024;132:106006. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106006>

49. Erden Melikoğlu S, Köktürk Dalcalı B, Güngörmüş E, et al. The relationship between the individualized care perceptions and spiritual care perceptions of nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(4):1712-9. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12979>
50. Puchalski C, Jafari N, Buller H, et al. Interprofessional spiritual care education curriculum: a milestone toward the provision of spiritual care. *J Palliat Med*. 2020;23(6):777-84. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>

Recebido em 30/10/2025
Aprovado em 28/4/2026

