

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Thamara Aquino Duarte

**Espiritualidade, Religiosidade e *Coping* de Pessoas em Cuidados Paliativos
Domiciliares por Doença Oncológica à Luz do Referencial Teórico de Jean
Watson**

Juiz de Fora
2025

Thamara Aquino Duarte

**Espiritualidade, Religiosidade e *Coping* de Pessoas em Cuidados Paliativos
Domiciliares por Doença Oncológica à Luz do Referencial Teórico de Jean
Watson**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Thaís Vasconcelos Amorim

Juiz de Fora

2025

Thamara Aquino Duarte

**Espiritualidade, Religiosidade e *Coping* de Pessoas em Cuidados Paliativos
Domiciliares por Doença Oncológica à Luz do Referencial Teórico de Jean
Watson**

Relatório final para defesa da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Enfermagem e Saúde

BANCA EXAMINADORA

Dra. Thaís Vasconcelos Amorim - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Adrize Rutz Porto
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Nayara Gonçalves Barbosa
Universidade de São Paulo

Dra. Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Autor:

Thamara Aquino Duarte

Título:

Espiritualidade, Religiosidade e *Coping* de Pessoas em Cuidados Paliativos Domiciliares por Doença Oncológica à Luz do Referencial Teórico de Jean Watson

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Enfermagem e Saúde

Aprovada em 17 de Fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Thaís Vasconcelos Amorim - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Adrize Rutz Porto

Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 17/02/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Thais Vasconcelos Amorim, Professor(a)**, em 17/02/2025, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, Professor(a)**, em 17/02/2025, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adrize Rutz Porto, Usuário Externo**, em 18/02/2025, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2250964** e o código CRC **D689DAC9**.

Dedico este trabalho a minha mãe que me inspirou em vida e que hoje me energiza pela luz do amor infinito.

AGRADECIMENTOS

Dentre alguns significados da palavra agradecer, de acordo com o dicionário, um deles é “dar uma compensação de mesmo valor ou importância; retribuir”. Qualquer palavra que eu me expresse não seria o suficiente. A não ser em única forma: a linguagem do amor. A decisão de exercer a Enfermagem foi um ato de amor profundo após uma perda significativa em minha vida. Quando eu estive no lugar de cuidadora principal e familiar de uma paciente oncológica em cuidados paliativos eu tive noção do quanto cuidar gera amor, tanto para quem é cuidado, quanto para quem cuida. Desde então, segui na jornada de contribuir com um pouquinho do que vivi...

Conciliar a vida acadêmica com a vida profissional é um desafio gigantesco, mas graças à luz que me guia, eu conheci pessoas maravilhosas nesse processo.

Dentre aos ensinamentos que tive no processo de cuidar e com a partida da minha mãe, aprendi a agradecer mesmo pelas dificuldades. E hoje, ao encerrar esse ciclo, imersa no sentimento de gratidão, discorro essas palavras.

Agradeço a espiritualidade amiga que sempre se fez presente em minha vida. A luz maior e mais profunda do Universo que sempre me guiou e esteve comigo me dando motivos para seguir. Ao poder Divino por mostrar a caminhada e mostrar o verdadeiro significado de amor ao próximo. À intuição que me soprou confiança, discernimento e paz. À minha ancestralidade pela força interior.

À minha querida e amada orientadora, Thaís Amorim, que foi como um girassol na minha vida acadêmica, pessoal e profissional. Ela que se mostrou como um espelho do sol par a iluminar cada passo, dia, movimento e escrita desse trabalho. Thaís me ensinou muito mais do que metodologias, mas me ensinou sobre a vida... De forma, intrínseca e profunda ela foi meu atalho energético em todo o processo. Foi professora, orientadora, amiga e fraterna. Se fez presente e foi presente. Prometeu tornar o processo leve e cumpriu. Thaís foi incrível do início ao fim. Meu desejo era que todas as pessoas pudessem ter a Thaís como orientadora, amiga e parceira. Obrigada por marcar a minha vida. Saiba que você é muito amada por mim e nenhuma palavra descreveria essa relação. Quando eu crescer, quero ser como você.

Às doutoras Adrize, Nayara, Andyara, Luana e Zuleyce, por aceitarem compor a banca de qualificação e defesa da dissertação e por contribuírem de forma tão exímia com a minha pesquisa.

À minha Luz no infinito, minha mãe Izabel (*in memoriam*), por ter sido tão forte em vida para que mesmo hoje, na sua ausência, eu chegasse até aqui. Por todas os anos que me impulsionou, me priorizou, me deu amor e acreditou em mim, mesmo sem saber o rumo que tudo tomaria. Por você ter sido forte em meio ao câncer e não me deixar chorar,

afinal, como você dizia, me fez forte também. Mesmo sem sua presença física eu sinto o seu amor emanando nesse plano. Graças a você eu tento, da melhor maneira possível, transcender esse amor aos meus.

Ao meu amor, Robert, por TANTO. Seu cuidado, carinho, zelo e apresso me mostram o amor incondicional. Graças a Deus, ao Universo e todos os espíritos que nos guiam temos um ao outro. Obrigada pela presença, comidinhas fresquinhas pós plantão, compreensão nos momentos difíceis e parceria nos momentos felizes. Obrigada por entender os períodos de ausência, os ciclos, por facilitar a minha vida turbulenta e por ser exatamente quem você é, do jeitinho que é. Eu te amo infinitamente.

À minha linda e amada Penélope. Você foi a minha fiel companheira, do início ao fim nessa dissertação. A cachorrinha mais amada do mundo! Obrigada por esquentar meus pés nos dias frios em que eu precisava estar aqui e por me dar forças através do seu olhar amável. Se o amor tem forma, com certeza ele é peludinho e anda em quatro patas.

Às minhas queridas tias, Tida e Ana, e a minha madrinha Dudu por me darem amor e carinho. Os momentos de conexão com vocês me mostram a força do amor e o poder da ancestralidade. Crescer rodeadas de mulheres como vocês me inspira.

Aos familiares do Robert por me acolherem como um dos seus e facilitarem o processo, vocês foram essenciais.

Aos meus amigos por serem como uma família.

À querida Elaine, enfermeira competente e solícita que tanto me ajudou. Obrigada pela parceria e por todas as ricas trocas em cada conversa.

À todos os meu queridos e amados pacientes que me ensinam tanto... Com certeza vocês me ajudam muito mais do que eu ajudo vocês. Me fazem enxergar a essência da vida e como viver enquanto estivermos vivos. Vocês me dão clareza, motivo e perseverança para continuar e tentar ser melhor a cada dia.

À todos os participantes dessa pesquisa (*in memoriam*) que transformaram a minha vida e o meu modo de cuidar. A Enfermeira que sou hoje com certeza é melhor por ter conhecido cada um de vocês. Espero que sintam o meu amor, carinho e gratidão aonde estiverem.

Aos queridos professoras e alunos da Faculdade de Enfermagem que tive a oportunidade de estar junto de alguma forma, pelos momentos de troca e aprendizado.

Especialmente, agradeço ao Amor Infinito e transcendente que me rege, por me proporcionar estar exatamente no lugar em que eu deveria estar: aqui e agora.

RESUMO

Introdução: câncer é uma doença crônica não transmissível em ascendência mundial e elegível aos cuidados paliativos. Ao compreender o cuidado de enfermagem integral como necessário para pacientes oncológicos em palição, evidencia-se que a dimensão espiritual e religiosa é essencial nesse processo. A Ciência do Cuidado Unitário proposta por Jean Watson pode englobar pessoas em cuidados paliativos oncológicos por reconhecer, compreender e considerar a dimensão espiritual no processo terapêutico e de finitude. **Objetivos:** avaliar o *coping* religioso/espiritual de pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar; descrever significados de E/R ara pessoas em CPs oncológicos; e compreender a espiritualidade e religiosidade para pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica à luz da Ciência do Cuidado Unitário. **Método:** estudo misto, com abordagem quali-quantitativa, do tipo transformativo concomitante, desenvolvido em um cenário de Internação Domiciliar público de Minas Gerais, no ano de 2023. Compuseram este estudo 12 pacientes oncológicos paliativos e para coleta de dados foi aplicado um roteiro semiestruturado concomitante com a escala validada SRCOPE-14. A coleta de dados aconteceu de dezembro de 2023 à março de 2024. **Resultados:** a média dos escores de *coping* positivo foi 3,56 e a de negativo de 1,83, sugerindo o uso recorrente da E/R frente ao momento perpassado, indicando a aproximação com Deus como fonte de força diante do câncer e da palição. Na perspectiva das subjetividades, os participantes significam ter ajuda da fé, religião e crenças para receber forças e ter apoio nos momentos difíceis; compreender que é importante agradecer a Deus, além de orar para amenizar o sofrimento, ajudar a melhorar e até curar; crer em Deus para não pensar coisas ruins e ter fé para chegar até aqui. **Conclusão/Considerações finais:** pacientes oncológicos em palição por câncer consideram a dimensão espiritual e religiosa parte fundamental no processo de adoecimento e utilizam a E/R como estratégias de enfrentamento, além de favorecer a resiliência. A utilização de duas abordagens metodológicas permitiu concluir que o *coping* positivo está associado a um maior reconhecimento da fé como fonte de força e apoio no processo de finitude. A Teoria de Jean Watson e os elementos do terceiro paradigma (Processo *Clinical-Véritas*) são aplicáveis a esse grupo de pacientes e, quando empregados por profissionais de saúde, valorizam a singularidade e amenizam o sofrimento.

Palavras-chave: Enfermagem; Oncologia; Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a chronic non-communicable disease on the rise worldwide and eligible for palliative care. When we understand that comprehensive nursing care is a necessity for cancer patients undergoing palliation, it becomes clear that the spiritual and religious dimension is essential in this process. The Unitary Caring Science proposed by Jean Watson can encompass people in oncological palliative care by recognizing, understanding and considering the spiritual dimension in the therapeutic process and in finitude. **Objectives:** to evaluate the religious/spiritual coping of patients undergoing cancer palliation in Home Care; describe meanings of E/R for people in oncology PCs; and understand spirituality and religiosity for people in palliative care due to oncological disease in the light of the Unitary Caring Science. **Method:** mixed method research with qualitative-quantitative approach of the convergent parallel design, developed in a public Home Care setting in Minas Gerais, in the year 2023. This study comprised 12 palliative oncology patients, and the number of participants is justified by issues relating to physical condition that interfered to the detriment of the interviews, since, being at the end of life, clinical complications and deaths preceded or occurred on the scheduled date. For data collection, a semi-structured script was applied concomitantly with the validated SRCOPE-14 scale. The data collection period took place from December 2023 to March 2024. **Results:** the average positive coping score was 3.56 and the negative coping score was 1.83, indicating the recurrent use of E/R in these circumstances, indicating closeness to God as a source of strength in the face of cancer and palliation. From the perspective of subjectivities, participants signify having help from faith, religion and beliefs to receive strength and support in difficult times; understand that it is important to thank God, in addition to praying to alleviate suffering, help to improve and even heal; believe in God so as not to think about bad things and have faith to get through. **Conclusion:** oncology patients undergoing palliative care for cancer believe that the spiritual and religious dimension are a fundamental part of the illness process and use E/R as coping strategies, in addition to promoting resilience. The use of two methodological approaches allowed us to conclude that positive coping is associated with a greater recognition of faith as a source of strength and support in the process of finitude. Jean Watson's Theory and the elements of the third paradigm (*Caritas-Veritas* process) are applicable to this group of patients and, when used by health professionals, they value uniqueness and alleviate suffering.

Keywords: Nursing; Oncology; Palliative Care; Spirituality; Nursing Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Evolução dos paradigmas de Jean Watson	30
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas de 12 participantes em CP na AD.....	39
Tabela 2	– CRE dos pacientes oncológicos paliativos em AD	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- AD – Atenção Domiciliar
- CA – Câncer
- CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- CP – Cuidado paliativo
- CR – Centros de Referência
- CRE – *Coping* religioso espiritual
- CREN – *Coping* religioso espiritual negativo
- CREP – *Coping* religioso espiritual positivo
- DID – Departamento de Internação Domiciliar
- DNCT – Doença crônica não transmissível
- E/R – Espiritualidade e religiosidade
- EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
- EMAP – Equipes Multidisciplinares de Apoio
- GCO – *Global Cancer Observatory*
- GLOBOCAN – *Global Cancer Statistics*
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PET – Tomografia por elétrons prótons
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica
- PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos
- PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
- PTS – Planejamento Terapêutico Singular
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVOS.....	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
4	METODOLOGIA.....	34
5	RESULTADOS	39
5.1	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	42
6	ARTIGOS PRODUZIDOS A PARTIR DOS RESULTADOS.....	48
6.1	ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA PESSOAS COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO.....	48
6.2	ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO PALIATIVISTA ONCOLÓGICO À LUZ DA CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO.....	69
7	REFERÊNCIAS (DISSERTAÇÃO)	87
	APÊNDICE A – Roteiro orientador de entrevista... ..	101
	ANEXO A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido... ..	102
	ANEXO B – Escala SRCOPE-14.....	104

MOTIVAÇÃO PESSOAL E ACADÊMICO-PROFISSIONAL

No início do ano de 2016 minha mãe descobriu um câncer de mama metastático estágio IV e faleceu por esse motivo no fim do mesmo ano. Na época, eu tinha 18 anos, era recém-formada no ensino médio e cursava pré-vestibular. Eu

sempre soube que queria trabalhar na área da saúde e no ano anterior, havia passado no processo seletivo da Universidade Federal de Juiz de Fora para Enfermagem, mas alegava que queria ser médica neurocirurgiã e decidi tentar mais algumas vezes o vestibular. Mas em 2016 tudo mudou...

Sou filha única de uma mãe solo e periférica, que precisou Cuidar de uma paciente oncológica, sem qualquer preparo, informação ou conhecimento. Imersa em um mundo de incertezas, medo, apreensão, inseguranças e completamente á mercê de uma equipe assistencial. Um familiar, com uma sobrecarga de cuidador exorbitante, cuidando de uma paciente em cuidado paliativo, sofrendo em seu próprio domicílio. Muitas perguntas me cercavam, mas só foram enxergadas futuramente. Alguma lei nos amparava? Existem equipes de cuidado paliativo para pacientes oncológicos domiciliar? Como e o que é cuidar de pacientes oncológicos em cuidados paliativos? Como e o que pode amenizar o sofrimento do paciente e dos seus entes? É normal que uma pessoa com câncer sofra tanto? E muitas outras...

E desde então, tudo mudou. Trabalhar com pacientes oncológicos se tornou uma motivação para mim desde 2016 quando minha mãe faleceu por câncer. No último ano de faculdade tive a honra de estagiar no mesmo lugar em que minha mãe foi assistida. Reafirmei a certeza de que a oncologia havia me escolhido. Cuidar desse grupo de pacientes era a forma mais verdadeiramente próxima ao meu Eu interior. Exercer o cuidado na oncologia e acolher o sofrimento humano me faz ver o mundo de outra forma. Me sana dúvidas, me auto questiona como pessoa e me fornece senso de humanidade. Me aproxima da minha força interior e da Luz eterna que me guia.

Hoje, já no mercado de trabalho, identifico a necessidade de aprimorar o conhecimento sobre como cuidar desse sofrimento para além do físico e que possui muitas facetas que são tão pouco exploradas. Anseio a disseminação da informação sobre os cuidados paliativos para leigos e profissionais e me ancoro nas subjetividades intrínsecas de cada paciente oncológico para aprimoramento do cuidado. Compreender, viabilizar e prover uma assistência com características humanística para pessoas que possuem uma alma em sofrimento com necessidades tão emergentes é a minha maior motivação pessoal e profissional. Mas isso só é possível graças a minha história e a memória que eu honro.

1. INTRODUÇÃO

Câncer (CA) é o nome dado a mais de 100 doenças com crescimento descontrolado de células que sofrem mutações gênicas por agentes carcinogênicos. Estas podem estar relacionadas a fatores hereditários, condições socioambientais, exposição a agentes químicos, hábitos de vida inapropriados e ao desenvolvimento econômico (INCA, 2019; INCA, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Global Cancer Statistics 2020*, é a segunda causa de morte prematura mundial, com curva crescente em detrimento da globalização e do capitalismo. Ademais, é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) e um problema de saúde pública no Brasil, sendo que a mais recente estimativa aponta que, no triênio de 2023 a 2025, ocorrerão 704 mil novos casos de câncer (CORTEZ et al., 2019; INCA, 2022; SUNG H. et al., 2021; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A identificação antecipada continua sendo a opção de melhor prognóstico. Todavia, ainda existe uma lacuna de acesso em tempo hábil aos diagnósticos precoces no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que acarreta complicações e avanços da doença (TEMPORÃO et al., 2022; ALEXANDRINO et al., 2022), por vezes com pouca possibilidade de investimento terapêutico ou mesmo sem condições de tratamento modificador da doença, momento em que majoritariamente ocorre o encaminhamento para os cuidados paliativos (CPs).

Tal modalidade de cuidado tem como objetivo aliviar o sofrimento biopsicossocial e espiritual do paciente e da família, através da prevenção e promoção de saúde, de forma integrada e empática, contribuindo para o aumento do bem-estar, da qualidade de vida e dignidade do processo de morte e morrer (CASTRO et al., 2021; FREITAS et al., 2022; OMS 2002, 2017).

A Resolução n.º 41/2018 dispõe sobre as diretrizes dos CPs na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e destaca a atenção domiciliar (AD) sempre que for “a oferta de cuidado mais oportuna” do paciente acamado, “definida a partir da intensidade do cuidado”. Constitui-se como dever das equipes a observação do “plano terapêutico singular”, contribuindo para que o “domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível” (BRASIL 2018, p. 1).

A AD busca garantir aos pacientes elegíveis o acolhimento, respeitando o ciclo natural da vida, evitando a hospitalização desnecessária, ofertando dignidade, autonomia, conforto e compaixão, enquanto houver vida para os pacientes e familiares, ressignificando a existência (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2021; BRASIL, 2016).

O acompanhamento na residência deve ser ofertado por uma equipe multidisciplinar, de forma genuína e holística, compreendendo a subjetividade e multidimensionalidade do ser, tanto durante o adoecimento quanto no processo de morte e morrer, permeado por estigmas, dúvidas, medos e desesperança (OLIVEIRA et al., 2019; ARRIEIRA et al., 2018; NARDINO et al., 2021). Desse modo, deve-se considerar, para além das dimensões biológica, social e emocional, a dimensão espiritual como parte importante do cuidado em saúde (MONTEIRO et al., 2021).

Espiritualidade e religiosidade (E/R) são complementares, mas distinguem-se conceitualmente, sendo a ligação intrínseca com o sagrado; e a prática de cultos e rituais diversos de acordo com a cultura de cada pessoa, respectivamente. Ambas podem promover melhor enfrentamento diante de situações adversas, e sua abordagem tem se mostrado necessária nos cuidados em saúde, principalmente para as pessoas que enfrentam o câncer (SILVA et al., 2019; BIONDO, 2023; PUCHALSKI et al., 2020; FERREIRA et al., 2020).

Nesse contexto, destaca-se o termo *coping* religioso/espiritual (CRE) como o “uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida” (PANZINI et al., 2007, p. 129), por meio de estratégias de enfrentamento positivas ou negativas, as quais sugestionam escolhas e interferem em desfechos clínicos, além de influenciarem na qualidade de vida (PUCHALSKI et al., 2020; VIANA, 2021; SILVA et al., 2019).

A Enfermagem possui referenciais teóricos que auxiliam no planejamento dos cuidados direcionados à pessoa em cuidados paliativos por câncer na AD, possibilitando, de modo humanístico e baseado em evidências, intervir para o alcance do bem-estar espiritual. Cabe ao enfermeiro compreender a totalidade do sofrimento, de forma compassiva, e reconhecer a espiritualidade como um componente integral da vida humana no processo de saúde-doença (MILLER et al., 2023).

Entre as teorias de enfermagem que valorizam a dimensão espiritual, sublinha-se a da Ciência do Cuidado Unitário, de Jean Watson, pela correspondência do terceiro paradigma, o Processo *Clinical Caritas-Veritas* (WATSON, 2018). Nesse, há

a menção à compaixão, à fé-esperança, ao eu-transpessoal, ao perdão, equilíbrio e à abertura aos mistérios existenciais da vida e da morte. Tais elementos vão ao encontro das necessidades espirituais comumente relatadas por pacientes oncológicos em palição e podem favorecer o enfrentamento das situações vivenciadas (CAXIAS et al., 2023; FLORIANO et al.; 2020; EVANGELISTA et al., 2021; FILHO et al., 2022).

1.1. QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVOS

Pelo exposto, consideraram-se como **questões norteadoras da investigação**: qual o CRE de pacientes em CP na AD? Quais significados a E/R tem para essa população?

Com isso, tem-se como **objeto** desta investigação a espiritualidade e religiosidade de pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica na Atenção Domiciliar; e, como **objetivos**, avaliar o *coping* religioso/espiritual de pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar; descrever significados de E/R para pessoas em CPs oncológicos; e compreender a espiritualidade e religiosidade para pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica à luz da Ciência do Cuidado Unitário.

2. REFERENCIAL TEMÁTICO

Atualmente, com a reorganização global e as modificações no processo de saúde-doença, evidenciou-se o fenômeno de transição epidemiológica, que consiste na diminuição da taxa de doenças infecciosas e no aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente doenças cardiovasculares e câncer. O câncer é uma DCNT em ascensão mundial e é considerado um problema de saúde pública, associado principalmente a fatores socioeconômicos e que necessita de políticas de saúde para seu enfrentamento (CORTEZ et al., 2019).

Segundo dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Global Cancer Statistics 2020*, o câncer é a segunda causa de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) com curva crescente em detrimento da globalização, do capitalismo e dos hábitos de vida. Essas estatísticas mundiais possibilitam o dimensionamento da grandiosidade do problema e do impacto na população (SUNG H. et al., 2021; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

De acordo com as estimativas do *Global Cancer Observatory* (GCO), em 2020 ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo, excetuando os casos de câncer de pele não melanoma. O câncer de mama feminino é considerado o mais incidente, seguido do câncer de pulmão, colorretal e de próstata (SUNG H. et al., 2020).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a mais recente estimativa aponta que, no triênio de 2023 a 2025, ocorrerão 704 mil casos de câncer, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Por neoplasia, o câncer de pele não melanoma será o mais incidente, aparecendo, na sequência, os de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago.

Quando se separa o público por sexo, tem-se que os homens irão desenvolver câncer 17% a mais do que as mulheres (INCA, 2022). No panorama brasileiro, os tipos de câncer mais frequentes nos homens serão o de próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e cavidade oral. Já na população feminina serão os cânceres de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e tireoide (INCA, 2022).

Diante da magnitude da doença oncológica, os aspectos políticos de normativas sobre a atenção de saúde da pessoa com câncer no SUS iniciaram-se em 1990 e tiveram sua consolidação em 2013. O início dessa organização se deu pela definição da gestão e governança, seguida de habilitação e credenciamento das

unidades de tratamento, financiamento e recursos para aprimoramento destas, associados à definição de diretrizes terapêuticas e protocolos operacionais e clínicos de serviço (SILVA et al., 2017).

O serviço de oncologia foi incluído na Rede de Atenção de Saúde (RAS) através da Portaria n.º 170/93 que normatizou os serviços de alta complexidade, direcionando os atendimentos oncológicos para os centros de referência (CR). Os centros de radioterapia e de quimioterapia também foram normalizados e obrigatoriamente deveriam estar vinculados a um CR. Em 1998, a Portaria n.º 3.535 substituiu o CR por centros de alta complexidade em oncologia (CACON) e incluiu os ambulatórios (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA) no Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao atendimento integral e hierarquizado através dos fluxos de atendimentos. A expansão política se dá pela Portaria n.º 2.439/05 conhecida como Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que define a linha de cuidado do paciente oncológico pela promoção e prevenção de saúde. A consolidação de fato acontece com a Portaria n.º 874/13 que define a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), substituindo a PNAO (BRASIL, 1993; BRASIL, 1998; BRASIL, 2005; BRASIL, 2013).

A PNPCC é um conjunto de normativas que buscam organizar as ações e serviços de saúde sob perspectiva do Estado acerca do câncer, objetivando a redução da mortalidade e incidência da doença, além de contribuir para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos usuários da rede. Tem como propósito o cuidado integral e multidisciplinar à pessoa com câncer, desde o diagnóstico até o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, em tempo oportuno, e com integralidade de cuidados através das RASs. A política deve acontecer de forma regionalizada e hierarquizada pelas RAS, em todos os pontos da rede, sejam eles primários, secundários, terciários ou em nível ambulatorial (BRASIL, 2013).

De modo complementar, o direito da pessoa com câncer no SUS é garantido através das Leis n.º 12.732/2012 e n.º 13.896/2019. Na primeira, a pessoa com neoplasia maligna receberá de forma gratuita através do SUS todas as terapias cabíveis, além de estabelecer que, quando diagnosticado com câncer através de biópsia positiva, o paciente deverá iniciar o tratamento no prazo limite de 60 dias e ter acesso a prescrições e dispensações de analgésicos opiáceos conforme necessidade. Já a lei publicada em 2019 rege que, quando a principal hipótese diagnóstica for a de neoplasia maligna, os exames complementares deverão ser

realizados no prazo máximo de trinta dias, mediante solicitação médica. Dessa forma, é garantido o direito à saúde para a pessoa portadora de câncer, através do Estado, como regido em Constituição Federal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019).

Ademais, também são garantidos aos pacientes portadores de neoplasias direitos previdenciários, tributários, financeiros, administrativos e judiciais, que auxiliem no itinerário terapêutico mediante as suas fragilidades (DA SILVA & OSORIO-DE-CASTRO, 2022).

Nesse sentido, as Linhas de Cuidado devem ter a Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora do cuidado e fluxos assistenciais. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é esperado que a detecção precoce de alguns tipos de câncer seja aí realizada, além de avaliação clínica e diagnóstica, por meio da conscientização e busca por assistência à saúde (BRASIL, 2017).

De outro modo, em uma unidade especializada de referência, por meio de serviços de imagem e laboratorial, diagnósticos precoces de outras neoplasias devem ser realizados após encaminhamento da AB. Por fim, a terapêutica será realizada em centros especializados em oncologia, para tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico, quando necessário (BRASIL, 2017; INCA, 2021).

Todavia, estudos mostram uma falha na articulação da atenção básica na detecção/suspeição precoce do câncer e no encaminhamento para a atenção especializada em tempo hábil (TEMPORÃO et al., 2022; ALEXANDRINO et al., 2022).

Essa falta de articulação da Rede de Atenção a Saúde (RAS), de acordo com Alexandrino e colaboradores (2022), demonstra uma lacuna na acessibilidade e resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que o retardo no diagnóstico acarreta o surgimento de complicações e conseqüente avanço da doença.

Exames de imagem, biomarcadores e biópsias feitos de modo isolado ou concomitante são indicados para pessoas com história sugestiva ou com achados físicos e/ou laboratoriais suspeitos. Na parte radiológica, são comuns exames de radiografias, ultrassonografia, tomografia comum ou por emissão de prótons (PET); e ressonâncias magnéticas que visam mensurar dimensões de massas e tecidos adjacentes (INCA, 2021).

Por possuírem características tão únicas, os tumores são diagnosticados e tratados de formas distintas. O patologista francês Pierre Denoix desenvolveu, entre os anos de 1943 e 1952, um sistema para a classificação dos tumores malignos. O

sistema nomeado de *Classification of Malignant Tumours* divide os casos de câncer em grupos, a fim de auxiliar o planejamento terapêutico, possibilitar avaliação de prognóstico e resultados, além de manter um sistema de linguagem científica mundial para otimização dos estudos clínicos (TNM, 2004; PORDEUS GADELHA et al., 2005).

O estágio em que o câncer se encontra depende de variáveis tumorais, como tipo histopatológico, localização anatômica, velocidade de crescimento, potencial de invasão e disseminação, fatores imunorrelacionados e síndromes de mutação gênica. Contudo, Denoix definiu seu sistema de classificação baseado na extensão anatômica da doença e o nomeou de TNM. Ele definiu T como características do tumor primário; N como características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza; e M para a presença ou não de metástase. As graduações de TNM podem ser variáveis, sendo T de 0 a 4, N de 0 a 3, e M de 0 a 1 (PORDEUS GADELHA et al., 2005; INCA, 2019).

O diagnóstico precoce é definido como a identificação do câncer em estágios iniciais, e as medidas preventivas são aquelas que impedem o desenvolvimento da doença. A prevenção pode ser: primária, ou seja, ações que removem a exposição a fatores de risco; secundária, quando são identificadas lesões pré-cancerígenas em indivíduos “saudáveis” através do rastreamento da população-alvo; terciária, a fim de prevenir complicações causadas pelo diagnóstico a longo prazo; e quaternária que está ligada aos riscos iatrogênicos, que visam minimizar a quantidade das excessivas intervenções de saúde (ALVES TRAJANO et al., 2019; JUNIOR et al., 2023).

Segundo o INCA (2021), alguns coeficientes podem ser determinantes para o indivíduo, potencializando o desenvolvimento de câncer. Destacam-se, entre estes, os fatores hereditários, as condições socioambientais, atividades laborais e ocupacionais com exposição a agentes químicos, além de hábitos de vida como a falta de atividade física, obesidade, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados e atividade sexual sem proteção. De forma proporcional, quanto maior é a exposição às condições de risco, maior é a taxa de desenvolvimento da doença e pior é o prognóstico (INCA, 2021).

Grande parte das doenças oncológicas possuem condições de tratamento. Atualmente os mais conhecidos são a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia oncológica. Tais terapêuticas podem ser ofertadas de formas isoladas ou concomitantes, e podem ter finalidade curativa ou paliativa. De modo auspicioso, a

evolução das terapêuticas tem contribuído para menores efeitos colaterais, aumento da qualidade de vida e melhores prognósticos (TEMPORÃO et al., 2022).

Os tratamentos podem ser considerados neoadjuvantes, quando se tem a finalidade de citorredução, tornando o tumor loco-regionalmente avançado em ressecável; e adjuvantes, quando são realizados posteriormente à intervenção principal, com a intenção de eliminar micrometástases e possíveis recidivas (INCA, 2022).

Temporão e colaboradores (2022) identificaram as tecnologias com maior probabilidade de impacto positivo e inovador no tratamento ao câncer até 2049. Em primeiro lugar estão as terapias relacionadas a anticorpos (imunoterapias), seguidas de terapia-alvo, edição genômica, biópsia líquida, imagem molecular, terapias de RNA, vacinas terapêuticas e vírus oncolíticos. Contudo, os autores constataram que, considerando a desigualdade socioeconômica brasileira de acesso aos serviços de saúde e comparando a rede SUS com a saúde suplementar, nem todas as pessoas serão beneficiadas com esses recursos. Outrossim, independentemente das novas tecnologias, a identificação antecipada continua sendo a opção de melhor prognóstico.

Logo, para que os beneficiários do sistema de saúde possam usufruir de fato da qualidade de diagnóstico e tratamento oncológico, é fundamental uma reorganização dos serviços de saúde, em âmbitos econômicos, visando ao custeio de novas tecnologias em larga escala; na dimensão científica e reguladora para a criação de um marco a partir do qual aconteçam o incentivo e financiamento de pesquisas; na dimensão estrutural buscando e viabilizando a integração da RAS, com uma atenção primária de alta capacidade e resolubilidade. Objetiva-se, portanto, garantir a promoção, prevenção, diagnóstico precoce, incluindo os cuidados continuados quando necessário; além da dimensão cultural para eliminar as barreiras de educação em saúde da população (TEMPORÃO et al., 2022).

Independentemente do tipo de abordagem de tratamento, seja adjuvante, neoadjuvante ou majoritariamente paliativa; e pela complexidade, cronicidade e alto índice de mortalidade do câncer, os estudos fomentam que os pacientes diagnosticados devem ser indicados para os cuidados paliativos. A maior parte dos casos, entretanto, somente é encaminhada aos cuidados paliativos quando se tem uma doença localmente avançada, sem possibilidade de intervenção terapêutica (REZENDE, 2022).

A filosofia dos CPs iniciou-se na Inglaterra, em julho 1967, com Cicely Mary Strobe Saunders através dos *hospices*, como um local destinado ao cuidado de pessoas em fim de vida ou em processo ativo de morte. Nos *hospices*, buscava-se compreender o ser de forma holística, integrada e empática, para além de sua dimensão biológica/patológica, articulando uma nova modalidade de cuidado (CASTRO et al., 2021).

Os cuidados paliativos (CPs) foram definidos pela OMS em 1990 e atualizados em 2002, como uma assistência multiprofissional com objetivo de qualificar o percurso da vida do paciente incluindo familiares, diante de uma patologia crônica e que ameace a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Esse cuidado é realizado a partir da avaliação detalhada, controle da dor e atenção aos aspectos biopsicossocial e espiritual. Qualquer paciente, independentemente da idade, que possua uma DCNT e/ou doença ameaçadora da vida em qualquer fase, poderá se favorecer dos cuidados paliativos (OMS, 2002).

Atualmente, CPs são elencados na quarta diretriz estabelecida pela OMS para o tratamento do câncer e devem ser prestados em todos os níveis de atenção à saúde através da rede que os interliga, sendo ofertados desde a atenção básica, hospitalar, incluindo os serviços de urgência e emergência e de atenção domiciliar (CASTRO et al., 2021; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Portanto, os CPs buscam contribuir não somente com a qualidade de vida, mas também com a qualidade de morte. Quanto mais precocemente iniciados, melhor se configura o planejamento terapêutico e menor é o sofrimento. Todavia, estudos ressaltam que existem barreiras para o encaminhamento do paciente aos CPs, tais como entendimento e conhecimento profissional, expectativas de pacientes e familiares bem como o senso comum/estigma cultural de relacionarem a palição ao fim de vida (FREITAS et al., 2022).

Os CPs são amparados pela Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018, a qual define quem são os pacientes elegíveis, objetivos, princípios norteadores e o financiamento do cuidado. Também dispõe que a assistência deve ser exercida por uma equipe multidisciplinar, de forma integrada, holística e singular, objetivando o alívio do sofrimento humano (BRASIL, 2018).

A referida resolução reforça os componentes da RAS em que os CPs podem acontecer, e, nessa perspectiva, destaca-se a atenção domiciliar. A AD busca compreender o conceito já estabelecido pela OMS em 2002, respeitando o ciclo

natural da vida, compreendendo a finitude, sem a ideia de prolongar a vida ou antecipar a morte, garantindo, dessa maneira, o suporte que permita ao paciente viver de forma atuante, através de práticas integrativas, apoio psicossocial e espiritual, além do controle dos sintomas físicos (BRASIL, 2018).

Na Portaria n.º 825/16, a AD é considerada a oferta mais oportuna de tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, especialmente em pacientes em condições clínicas estáveis, restrição ao leito ou ao domicílio, associados ao grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2016).

Os CPs domiciliares são incluídos na Portaria da AD, no artigo 9º, sendo elegíveis conforme o paciente que apresentar “necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário” (BRASIL, 2016, p. 1), encontrados na modalidade de atenção domiciliar n.º 2 (AD2). Não obstante, para aqueles que “requerem cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais” (BRASIL, 2016, p. 1), a AD conta com a equipe n.º 1 (AD1) (SILVA et al., 2021).

Para os CPs, a modalidade AD2 tem como objetivo evitar a hospitalização do paciente que apresentar afecções crônico-degenerativas e que necessitem de cuidados intensificados e sequenciais, demandando acompanhamento clínico no mínimo semanal. Esse atendimento deve ser ofertado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 2, compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social, dispensados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de cada região (BRASIL, 2016).

Diante do exposto, cabe ao SAD articular-se com os demais pontos da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e com a atenção básica para evitar demandas diretas desses usuários. A atenção básica de referência do utente deve participar da formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a fim de criar essa comunicação e articulação com a rede (BRASIL, 2016).

Um estudo de Cordeiro e Kruse (2019) apontou que a atenção básica de saúde é crucial no retorno dos pacientes em cuidados paliativos hospitalizados para o domicílio, mas infelizmente nem todas as pessoas conseguem usufruir dela. A pesquisa identificou que a ausência de comunicação da rede hospitalar e Atenção Primária de Saúde (APS) é um potencializador na recorrência e no prolongamento de internações, pela falta de conhecimento dos profissionais do fluxo de encaminhamento na rede.

Em contrapartida, Silva e colaboradores (2021) reforçam a importância da

promoção dos CPs em domicílio frente à possibilidade de a pessoa estar em seu ambiente social e familiar de conforto, sem se sentir marginalizada, promovendo o acolhimento pela compaixão. Dessa forma, contribui-se com a qualidade de vida e dignidade do paciente, a fim de ressignificar sua existência com um olhar além da doença, compreendendo a pessoa em sua subjetividade.

Freitas e colaboradores (2022) reforçam a importância da oferta o mais precocemente possível, de forma integral e integrada visto que, quanto mais tardiamente forem ofertados tais cuidados, maiores serão as demandas do indivíduo em relação ao controle de seus sintomas físicos, maiores serão os custos para o serviço de saúde e pior será a qualidade de vida, gerando, por conseguinte, maior sofrimento para pacientes e familiares.

No contexto do adoecimento por câncer, é notório o estigma preexistente na sociedade, uma vez que o diagnóstico de neoplasias malignas, de uma forma geral, causa um impacto negativo, fragilizando o ser nos aspectos biopsicossocioespirituais e deixando-o vulnerável (SILVA et al., 2019). O paciente oncológico carrega consigo muitas questões sobre a vida e o motivo de estarem passando pela doença. Muitas mudanças ocorrem com esse paciente, como mutilações cirúrgicas, associadas a mudanças de estilo de vida como afastamento do trabalho, lazer e religião (ARRIEIRA et al., 2018).

Essas vulnerabilidades fazem com que os pacientes se sintam menos capazes de dirigirem sua própria vida, influenciando nas relações sociais e desestabilizando o núcleo familiar (OLIVEIRA et al., 2019).

A pessoa em CP convive com inquietudes como angústia, solidão e isolamento, que, por vezes, ocasionam depressão e ansiedade, o que os afasta de seu coletivo. Silva e colaboradores (2021) identificaram que a dor social influencia diretamente na qualidade de vida desse grupo e que a AD tem um papel fundamental na interlocução da socialização e qualidade de vida.

Quando se pensa no ser que é finito e se encontra em cuidados paliativos, deve-se considerar a dignidade do processo de morte e morrer. Um estudo britânico publicado nos anos 2000 refere que, para se ter uma boa morte, existem 12 princípios básicos a serem informados e ofertados à pessoa, como saber quando a morte está chegando e entender o que pode ser esperado; ser capaz de manter o controle do que acontece, ter dignidade e privacidade; ter controle sobre o alívio da dor e outros sintomas; ter escolha e controle sobre onde a morte ocorre; ter acesso a informações e conhecimentos de qualquer tipo necessários; ter acesso a qualquer apoio espiritual

ou emocional necessário; ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local; ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o fim; ser capaz de emitir diretivas antecipadas que garantem que os desejos sejam respeitados; ter tempo para dizer adeus e controlar outros aspectos do tempo; ser capaz de sair quando é hora de partir; e não ter a vida prolongada (CASTÔR et al., 2019; SMITH, 2000).

Por conseguinte, considerando a visão holística, é imprescindível compreender além do modelo biomédico. De fato, questões psicológicas e sociais estarão bem mais afloradas, como também as questões espirituais. O embate da proximidade da morte gera reflexões acerca do ser espiritual, que, se não forem avaliadas, deixarão esse processo muito mais doloroso. Ressalta-se a importância de os profissionais terem conhecimento além da cura, aplicando os princípios dos cuidados paliativos e entendendo a multidimensionalidade do ser (ARRIEIRA et al., 2018; NARDINO et al., 2021).

Sobre esse aspecto, é destaque a publicação no Brasil da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS, de forma a abranger o tratamento e prevenção de doenças ameaçadoras à vida, tanto ao paciente quanto aos seus familiares e cuidadores. Acerca dos CPs e da E/R, a PNCP insere como princípios II “respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada” e VII “promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social”. Dessa forma, atribui à equipe assistencial a identificação da vontade da pessoa em comunicar suas necessidades espirituais, através da escuta atenta e sensível, e ser um facilitador sobre a abordagem do tema. Sendo assim, viabiliza-se o acesso à assistência espiritual, de forma respeitosa e integrada (BRASIL, 2024).

Na perspectiva da Enfermagem, o atendimento domiciliar é respaldado pela Resolução n.º 0464/2014 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no SAD de forma autônoma ou como membro da equipe multidisciplinar (COFEN, 2014). Ademais, a Resolução Cofen n.º 564/2017 que aprova o Código de Ética da Enfermagem, em seu artigo n.º 48, reforça que é dever do profissional “oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (COFEN, 2017, p.7)

Entre as competências de cuidado elencadas ao enfermeiro na AD em CP, além da assistência direta ao paciente baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cabe a educação em saúde e apoio aos familiares e cuidadores, os quais podem estar sobrecarregados física e emocionalmente (PRADO et al., 2023).

Prado e colaboradores (2023) afirmam que o enfermeiro deve realizar a interlocução dos cuidados com a equipe e com o cuidador, a fim de capacitá-lo para os cuidados paliativos, uma vez que o desconhecimento sobre os CPs e a vivência de estar lidando com a possibilidade da morte influenciam de forma direta no cuidado e na qualidade de vida do paciente e dos familiares.

Ademais, cabe não somente ao enfermeiro, mas a toda equipe multidisciplinar ofertar uma assistência genuína, oferecendo apoio biopsicossocial e espiritual, sendo compassivos e verdadeiros sem retirar a esperança, além de auxiliar no entendimento de seus sentimentos e no processo de luto (OLIVEIRA et al., 2019).

Paralelamente, tem-se que pessoas com câncer encaram o processo de adoecimento, por vezes, como algo enviado de um Deus ou entidade maior e buscam, através do otimismo, entender que a doença deve ser considerada um propósito de vida, por mais que eles não entendam o real significado (FLORIANO et al., 2020).

A E/R associada à saúde tem se tornado um assunto em ascensão na comunidade científica. Ambas se complementam, porém não possuem o mesmo significado e podem estar presentes desde antes do diagnóstico, de forma cultural em cada ser, ou serem descobertas junto à doença e servirem como fonte de amparo, esperança, significação e aceitação (FERREIRA et al., 2020).

Conceitualmente, espiritualidade está ligada àquilo que transcende o ser, a busca pelo vínculo/contato com o sagrado, o que traz sentido para a vida dele, de forma intrínseca. Já religião é a busca da espiritualidade por meio de cultos, práticas e rituais específicos, em comunidade (SILVA et al., 2019; PUCHALSKI et al., 2020).

De modo ontológico, a verdadeira realidade do homem é espiritual, sendo esta inconsciente, singular e intuitiva, sendo através dela que o ser busca encontrar propósito na existência e superação dos momentos adversos. É na espiritualidade que a transcendência acontece, ofertando suporte e gerenciamento dos sofrimentos em momentos difíceis como em um adoecimento (BIONDO et al., 2023).

Biondo e colaboradores (2023) reforçam a ideia de que a religiosidade é algo pessoal e que a religião é algo coletivo e universal. É através da religiosidade e da fé que as pessoas buscam as religiões. A presença da espiritualidade e da religiosidade é algo muito notado no enfrentamento de pessoas que passam por doenças graves, principalmente as que enfrentam o câncer. Essas pessoas podem se sentir amparadas pelo sagrado ou questionarem seu Deus pela doença (SILVA et al., 2019).

De uma forma geral, a situação estressante de estar com uma doença, por vezes incurável, de um prognóstico duvidoso e estigmatizado como o câncer, afeta a adesão ao tratamento, e, quando abordados sobre crenças espirituais e/ou religiosas,

os pacientes se sentem respeitados e acolhidos (PUCHALSKI et al., 2020; VIANA, 2021).

Já é comprovado de forma científica que a religiosidade e a espiritualidade sugestionam as escolhas e os desfechos relacionados à saúde, além de influenciarem na qualidade de vida, tornando-se uma maneira de lidar com os desafios, minimizando sintomas como depressão, ansiedade e angústia (PUCHALSKI et al., 2020; VIANA, 2021).

Segundo Esperandio *et al.* (2018), Pargament *et al.* (2011) e Puchalski *et al.* (2020), a abordagem da espiritualidade é multimodal, cercada de sentimentos, hábitos e condutas e que variam com o passar do tempo; também é versátil, podendo trazer resultados positivos ou negativos. Tal abordagem está ligada diretamente à saúde e ao bem-estar dos envolvidos, através da subjetividade, principalmente por aqueles que passam por vivências críticas.

Nesse contexto, esclarece-se que *coping* religioso/espiritual (CRE) é o nome dado para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, embasadas na religião e espiritualidade no enfrentamento de situações ou momentos estressantes. O CRE se dá de forma interpessoal, podendo sofrer alterações de acordo com as experiências da pessoa (SILVA et al., 2019; PARGAMENT et al., 2000).

O CRE pode ser considerado positivo (CREP) ou negativo (CREN) dependendo da individualidade de cada ser. Considera-se CREP quando se procura amparo em Deus para entender a situação, fomentando bons resultados na situação vivenciada; o CREN é quando Deus se torna o responsável pelo estressor, sendo a Ele delegada a resolução do caso (SILVA et al., 2019; PARGAMENT et al., 2000).

Ademais, Floriano *et al.* (2020) e Puchalski *et al.* (2020) observaram que as pessoas que vivenciam esse processo em sua maioria mencionam um Deus sem conexão com a religião, mas sim vinculado à espiritualidade, ao sentimento de esperança. É através da esperança de cura ou do alívio das adversidades que, amparados na força de um Ser Superior, o paciente consegue sobreviver a cada dia.

O apoio existencial diante da valorização da fé demonstrou ser uma estratégia de enfrentamento positiva para lidar com situações de finitude, facilitando o cuidado e adesão a intervenções para alívio do sofrimento humano, em âmbito físico, psíquico e social (CAXIAS et al., 2023; FLORIANO et al., 2020).

Cuidar das necessidades espirituais de outro ser humano é um dos aspectos mais privilegiados da equipe de enfermagem, visto que é o profissional que passa

mais tempo em contato com o paciente. A abordagem deve ser feita de forma holística e com base na relação interpessoal entre enfermeiros, pacientes e sua família. Cabe à equipe compreender o sofrimento vivenciado e buscar reduzi-lo, reconhecendo a espiritualidade como um componente integral da experiência humana no processo de saúde-doença (MILLER et al., 2023).

Conforme o *National Coalition for Hospice and Palliative Care* (NCHPC), os pilares do cuidado espiritual incluem presença, intencionalidade e compaixão. A presença associada à intencionalidade diz sobre o profissional conectar-se com o seu senso de espiritualidade e estar aberto sem julgamento ou suposições para lidar com o interior do outro, de forma compassiva e diligente. A força para conseguir realizar essa presença intencional virá da compaixão, que irá contribuir na resiliência e humanidade compartilhada (MILLER et al., 2023; NCHPC, 2018).

Um estudo realizado por Ferreira et al. (2020) observou que, quando deparados com o processo de morte, os enfermeiros sentem a necessidade de atender às necessidades espirituais dos pacientes e familiares, respeitando suas crenças. Esse mesmo estudo alegou que o enfrentamento dos sintomas e da finitude pela fé se tornou algo mais leve, o que fortaleceu a qualidade dos cuidados ofertados no fim de vida. É através da espiritualidade que o sofrimento é transcendido em forma de alívio e esperança.

Ressalta-se que, por vezes, pacientes oncológicos em CP necessitam mais de atendimento espiritual do que outros grupos. Com isso, cabe à equipe de enfermagem, em especial ao enfermeiro, proporcionar esse cuidado, através dos processos de enfermagem para fornecer uma assistência de qualidade, individual e centrada na pessoa (EVANGELISTA et al., 2021; FILHO et al., 2022).

Ademais, é consolidada a ideia de que grande parte dos pacientes não estão preparados para lidar com CP de fim de vida e que diariamente se questionam acerca da sua existência. Esses pacientes passam pelas fases de negação e depressão até chegarem à fase de aceitação. São nesses períodos de dúvidas que as pessoas buscam a espiritualidade para compreenderem aquilo que transcende as respostas, diante de uma doença incurável, com sintomas físicos, associados a dores psicossociais e espirituais, diante da morte (FLORIANO et al., 2020).

Todavia, independentemente da fase em que a pessoa estiver, fazem-se necessários o apoio da equipe multiprofissional e, de forma imprescindível, o apoio da Enfermagem. Associando o exposto à ideia do cuidado holístico, surgem, em teorias de enfermagem como a de Florence Nightgale em 1854, Wanda Horta em 1979 e Jean Watson em 1985, a valorização do cuidado à dimensão espiritual do ser humano,

considerando-o vital (FLORIANO et al., 2020; FRANÇA et al., 2023).

Ao destacar essa última teórica, pela ênfase que recai sobre a dimensão espiritual, o cuidado transpassa aspectos biológicos, ultimando o Cuidado Transpessoal e buscando o restabelecimento da saúde por meio da harmonia entre corpo-mente-espírito (EVANGELISTA et al., 2021; FILHO et al., 2022).

Às intervenções de apoio emocional e espiritual direcionadas ao paciente e aos familiares, incluem-se as de comunicação terapêutica baseada em confiança e empatia, encorajamento da prática espiritual e religiosa; estímulo para que o paciente se expresse através de ritos, materiais audiovisuais e artigos religiosos conforme desejado; estar aberto às expressões de preocupação de forma digna e respeitosa; instigar a prática espiritual de oração com o profissional, família, amigos e grupos de apoio, com interações e orações, no quarto ou em capelas, a fim de auxiliar o indivíduo a expor seus valores, crenças e visão de mundo; estar genuinamente disponível para ouvir expressões de solidão e impotência frente ao sofrimento humano inerentes da vida e da morte, além de ensinar práticas de relaxamento e meditação guiada para expressar e aliviar a raiva; e, por fim, utilizar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual, conforme necessidade (NIC, 2016, p. 216-217).

Um estudo realizado por Silva et al. (2020) por meio de uma pesquisa convergente assistencial observou que a comunicação em cuidados paliativos pelo profissional deve ser facilitada, ao escutar antes de se expressar para conferir uma escuta qualificada e, dessa forma, incentivar o diálogo; estabelecer uma comunicação acolhedora e que transmita confiança através do envolvimento emocional e criação de vínculo; respeitar a autonomia dessa pessoa e estar disponível para resolver alguma dúvida; além de ter uma linguagem clara e acessível, promovendo continuamente a esperança.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao refletir acerca do referencial teórico com possibilidade de iluminar o fenômeno em investigação e alcançar o objetivo pretense na abordagem qualitativa, optou-se pela Ciência do Cuidado Unitário/Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson. Tal escolha foi direcionada epistemologicamente pela pertinência, profundidade, sustentação e interlocução da teoria com o objeto em estudo — espiritualidade e religiosidade de pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica na atenção domiciliar.

Margaret Jean Watson é pós-Doutora em Enfermagem, emérita e professora ilustre em sua área, fundadora e diretora do *Watson Caring Science Institute*, fundação sem fins lucrativos. Foi considerada Lenda Viva pela Academia Americana de Enfermagem em 2013, em virtude de suas pesquisas científicas de práticas de cuidado centradas no relacionamento interpessoal. Atualmente, sua teoria fundamenta a prática do serviço de Enfermagem, além de orientar modelos transformadores de educação acerca do cuidado consciente (WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE, 2023).

A teórica elenca princípios humanísticos e existencialistas, compreendendo o ser em sua multidimensionalidade, para além do aspecto biológico, já que a doença não se atém ao físico. A cura provém do amor verdadeiro, sendo esse inteiramente ligado à dimensão espiritual do ser humano, de forma intrínseca, na busca de significado e propósito (WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE, 2023).

A teoria descreve o cuidado de enfermagem como uma assistência centrada em conexões humanas. Quando estabelecida uma relação de confiança, o cuidado se torna natural, sustentado pela busca constante de aprofundamento do vínculo, o qual constitui o alicerce para assegurar o cuidado. Outrossim, “as necessidades de cuidado se tornam mais manifestas e comunicadas com mais honestidade” (TONIN, 2021, p. 22).

As pesquisas propostas por Watson possuem grande alcance na Enfermagem por subsidiarem a prática de forma sistematizada e científica. Tais pesquisas são consideradas um instrumento metodológico de ensino valioso, que oferta segurança na translação do conhecimento teórico-prático. Pressupõe-se que acadêmicos e enfermeiros que possuem familiaridade com a Teoria do Cuidado Humano de Watson e a aplicam em suas práticas podem aprimorar e cultivar o pensamento crítico sob uma abordagem holística (RIEGEL et al., 2017).

O alicerce da teoria de Watson é a metafísica e fenomenologia, compreendendo a pessoa como algo não quantificável, mas sim como um conjunto de experiências vivenciadas. Para tal, a autora buscou compreender o eu ideal e moral, em sua intersubjetividade, comprometendo-se com a dignidade humana dos envolvidos (EVANGELISTA et al., 2020; TONIN et al., 2020).

Os quatro metaparadigmas da Enfermagem (saúde, enfermagem, pessoa e meio ambiente) são abarcados e procura-se encontrar a harmonia entre corpo, mente e alma, com base na relação de cuidado mútuo, buscando significado no sofrimento, para que se alcance a cura nas dimensões biopsicossocial e espiritual através do Processo *Clinical Caritas*. Para efetivação desse cuidado, a relação entre profissional e paciente deve transcender o espaço físico, possibilitando a conexão de ambos de forma espiritual com reciprocidade e consciência desse cuidado, no qual, movidos pelo amor, ambos se curam (Evangelista et al., 2020; TONIN et al., 2020).

A teoria evoluiu ao longo do tempo através de vários paradigmas (Quadro 1) e reflete a busca contínua por essa abordagem holística e humanizada no cuidado de saúde, incorporando elementos filosóficos e espirituais (TONIN et al., 2017; TONIN et al., 2020).

Quadro 1: Evolução dos paradigmas de Jean Watson

Paradigma 1	Paradigma 2	Paradigma 3
Fatores de Cuidados (Watson, 1985)	Elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i> (Watson, 2008; Watson, 2012)	<i>Caritas-Veritas</i> (Watson, 2018)
Formação de um sistema de valores humanista-altruísta	Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado	Envolver (amor-gentileza): convida o enfermeiro à transcendência, permitindo a evolução da consciência; aberto ao infinito e comovente amor cósmico-divino.
A promoção da fé-esperança	Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado	Inspirar (fé-esperança): estar autenticamente presente; possibilitando fé-esperança, desenvolvimento de crença; honrando o mundo e a vida subjetiva do eu (enfermeiro) e a do outro.

O cultivo da sensibilidade do próprio “eu” e o das demais pessoas	Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego	Confiar (eu-transpessoal): autoconhecimento, amor próprio; Eu superior, fonte experimentando amor divino; espírito; tocando o infinito, amor cósmico.
O desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança	Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança.	Nutrir (relacionamento): conexões verdadeiras e vibratórias centradas no coração; conexão coração-espírito-espírito.
A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos	Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada	Perdoar (todos): aceitação sem julgamento; mantendo um espaço sagrado; sintonizando o fluxo dinâmico; gratidão.
O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão	Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado e reconstituição (<i>healing</i>)	Aprofundar (autocriativo) permitindo a emergência criativa; “leitura” do campo caritas; tornando-se o campo caritas; confiando na intuição.
A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal	Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro	Equilibrar (aprender) apreciando a companhia; escutar o interior/aprender; sabedoria.

QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DOS PARADIGMAS DA CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO (Conclusão)

A promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual	Criar um ambiente de reconstituição (<i>healing</i>) em todos os níveis (físico e não físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados.	Cocriar (campo caritas) apreciando a companhia; redefinição de padrões; irradiando presença energética do coração, sendo o próprio campo caritas.
Assistência com gratificação das necessidades humanas	Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-	Contribuir (Humanidade) serviço Sagrado; manifestando intenção; imanente-transcendente; corpo e espírito são um.

	corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.	
A existência de fatores existenciais e fenomenológicos e espirituais	Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.	Ser aberto (infinito) experimentando o infinito; transpessoal, pandimensional; transcendente; mistério; pertencimento.

Fonte: Tonin et al. (2020), com base em Watson (1985; 2008; 2012; 2018).

O Cuidado Transpessoal emerge do fundamento de “dar e receber vida” pela perspectiva *caritas* de estar efetivamente presente, a partir da fenomenologia, para que aconteça o *healing* (restauração) de todos os envolvidos. Entende-se que, quando o profissional considera dimensões da vida e da morte, experimenta o infinito de forma transcendente e transpessoal, apto para prestar assistência lídima ao ser cuidado (WATSON, 2018; TONIN et al., 2020).

Caritas-Véritas é uma expressão que se refere a caridade e verdade, enfatizando que a verdadeira caridade ou o amor genuíno está intrinsecamente ligado à verdade e à sinceridade. Com isso, destacou-se a importância de agir com bondade e compaixão de maneira sincera e autêntica, a fim de gerar um cuidado autêntico, restaurador e individual (PERKINS, 2021).

Cabe ao enfermeiro, portanto, cocriar o campo *caritas* e reformular os seus próprios pré-conceitos, de forma a contribuir com a humanidade, ao exercer seu cuidado com amor, reconhecendo-o como soberano. Dessa forma, conseguirá emanar maior energia e vibração de *healing*, desprendendo-se da cura somente física e a tornando universal e profunda. Essa evolução de paradigma nomeia-se de Processo *Clinical Caritas-Veritas*, sendo *Caritas-Veritas* a pureza de reconhecer esses valores e virtudes, para difundir e disseminar um “eterno fundamento moral, universal do cuidado e do amor” (WATSON, 2018; TONIN et al., 2020, p. 5).

Desse modo, o processo encontra-se ligado diretamente à ocasião real de cuidar e atua como um arcabouço organizado, proporcionando uma base teórico-filosófica essencial para a ciência e a prática da enfermagem. Os princípios éticos e os elementos intrínsecos do cuidado delineados não apenas impulsionam o desenvolvimento, mas também enriquecem a natureza humana, desempenhando um papel crucial no sustento da essência do ser (WATSON, 2007).

Perante o exposto, é essencial permitir que o ser cuidado desenvolva suas crenças e realize seus rituais, auxiliando-o a sustentar a fé em si mesmo como um elemento de cura. Ao mesmo tempo, postergar ou abordar questionamentos de natureza espiritual e religiosa sem possuir a adequada preparação e competência técnicas podem intensificar a angústia espiritual experimentada pelos pacientes, principalmente em situação de doença oncológica (MENDONÇA et al., 2018; WATSON, 2007).

Assim, considerar a promoção da assistência a partir da teoria implica compreender que a ciência do cuidado é complementar à cura, a qual, ocasionalmente, pode não ser possível (EVANGELISTA et al., 2020), e, nesse contexto, o pensamento de Watson se aproxima dos cuidados paliativos.

Estudos afirmam que a abordagem baseada nos princípios de Watson representa a fusão entre ciência e espírito e, de modo ontológico e epistemológico, oferece uma percepção expandida de maior inteligência, *insight*, equilíbrio de emoções, criatividade aflorada e melhor conexão com o mundo (PERKINS, 2021).

Portanto, a Ciência do Cuidado Unitário se mostra como possibilidade teórica para subsidiar a presente investigação e, quiçá, subsidiar o planejamento de ações assistenciais, bem como sensibilizar e promover reflexões por parte dos profissionais e em torno do cuidado à dimensão espiritual dos pacientes, a fim de aprimorar o cuidado espiritual de enfermagem, ensejando a integralidade da atenção à saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de método misto, com abordagem quali-quantitativa, do tipo transformativo concomitante. A estratégia de pesquisa utilizada foi definida a partir dos objetivos da investigação para integração simultânea dos dados, objetivando melhor exploração e validade dos resultados, compreensão do fenômeno em profundidade e consolidação da conclusão, a partir da triangulação metodológica, com perspectivas metodológicas diferentes (quanti e qualitativas) e teórica, embasada na Ciência do Cuidado Unitário, de Jean Watson (CRESWELL, 2007; OLIVEIRA, MAGALHÃES, MISUEMATSUDA, 2018).

O cenário de pesquisa utilizado foi de um Serviço de Atenção Domiciliar público de Minas Gerais com seis Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e duas Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). Cada EMAD possui um veículo de transporte, e é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. Já a EMAP conta com serviço de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e assistência social. Ao todo, o serviço possui onze médicos, sete enfermeiros (sendo um responsável técnico), seis fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, duas nutricionistas, uma psicóloga e uma assistente social. No ano de 2023 o serviço atendeu 1790 pacientes (em sua maioria eram mulheres que provinham da internação hospitalar). Destes, 176 pacientes foram à óbito no período de acompanhamento, sendo 55 no domicílio. Referente ao acompanhamento de pacientes oncológicos, foram assistidas 142 pessoas.

A amostra ocorreu por conveniência e se compôs de 12 participantes, os quais foram incluídos de forma gradual e intencionalmente até a saturação teórica (FONTANELLA, 2011). Para tal, estabeleceram-se como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, independentemente do sexo, e estar em cuidados paliativos por doença oncológica na atenção domiciliar na modalidade AD2; já os de exclusão foram apresentar dificuldade/incapacidade de verbalização/fala ou qualquer transtorno que impeça a cognição/clareza de ideias.

Devido ao aspecto temporal, os dados foram coletados concomitantemente, sendo os qualitativos precedentes aos quantitativos e, o primeiro, com maior atribuição de peso, tendo em vista a densificação a partir dos aspectos subjetivos relacionados ao objeto em estudo.

Acerca da estratégia de mixagem dos dados, utilizou-se a combinação integrada de dados a fim de fundir as informações qualitativas e quantitativas. Por fim, respeitando os aspectos que validam o método misto, a teorização da pesquisa foi

orientada pela Teoria do Cuidado Unitário proposta por Jean Watson.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de uma Universidade Pública de Minas Gerais, e a partir disso, realizou-se a coleta de dados por meio dos procedimentos: levantamento e entrevista. O levantamento compreendeu a coleta de informações dos pacientes registrados, com vistas à obtenção das informações pessoais como endereço e contato telefônico, além de dados clínicos e sociodemográficos. Além dessas informações, buscaram-se registros de enfermagem, tais como do processo de enfermagem e/ou evolução.

O contato telefônico com os possíveis participantes foi realizado logo após admissão do paciente no SAD e inserção dos dados no DID7, com o intuito de explicitar os objetivos do estudo, e, diante do aceite e disponibilidade, o encontro ocorreu em data e horário agendado, sendo sempre no domicílio do entrevistado.

No dia e horário agendados e em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/12, a pesquisa foi desenvolvida após a concordância do participante com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), entregue pela pesquisadora, lido em conjunto para propiciar maior compreensão e assinado pelos envolvidos (BRASIL, 2012).

Neste estudo, utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada por meio de dois instrumentos, nesta ordem: um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A) e a Escala *Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14* (ANEXO B) (ESPERANDIO et al., 2018). A escala é autoaplicável. Entretanto, considerando que a captação dos significados de espiritualidade/religiosidade para pacientes em CP com doença oncológica foi oriunda da entrevista semiestruturada, optou-se por fazer a leitura dos itens da escala para os participantes. Cabe salientar que a pesquisadora se isentou, no entanto, de fornecer qualquer explicação que pudesse influenciar na resposta aos itens dos instrumentos de coleta de dados.

A opção pela escala no presente estudo foi determinada pelo fato de esta abordar questões relacionadas às estratégias mais específicas de enfrentamento religioso/espiritual frente a situações de estresse, no caso, aquelas desencadeadas pelo estímulo estressor “câncer”. A escala tem origem inglesa e foi traduzida e validada para o português em um processo de equivalência de significados, feita por especialistas e devolvida ao autor para conferência e avaliação de fidedignidade. Análises estatísticas também foram empregadas para avaliar a qualidade psicométrica de aplicação no contexto cultural brasileiro e após confirmação de efetividade, foi liberada para uso (ESPERANDIO et al., 2018).

A SRCOPE-14 contém 14 itens, sete relacionados ao *coping* religioso/espiritual positivo (religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor); e sete itens referentes ao *coping* religioso/espiritual negativo (fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimento de culpa ou punição, insegurança e ressignificação negativa do estressor) (ESPERANDIO et al., 2018).

A escala tem como objetivo avaliar a relação entre o momento estressor vivido (neste estudo, estar em cuidado paliativo por doença oncológica na AD) e o uso da espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento. Na escala, são apontados fatores positivos que retratam uma boa conexão com Deus e o transcendente assim como fatores negativos que podem demonstrar conflitos espirituais e/ou religiosos.

A pontuação da escala pode variar de acordo com a mensuração de Likert, mas, quanto maior for a pontuação, maiores serão os níveis de uso de CRE. Estes serão classificados em CREP ou CREN a depender das perguntas, sendo as sete primeiras estratégias positivas e as sete últimas, negativas.

O roteiro da entrevista continha perguntas que abordavam aspectos sociodemográficos, clínicos e espirituais/religiosos, conforme anexo (APÊNDICE A).

De forma a garantir o anonimato dos participantes, optou-se pelo uso de pseudônimo, mediante um código alfanumérico representado pela letra “P” seguida por um número que corresponde à ordem cronológica dos encontros (P1, P2, P3, P4, ...).

As entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica, a fim de obtenção de uma transcrição mais fidedigna, em momento posterior. O diário de campo foi empregado para registrar as expressões não verbais, tendo em vista que a linguagem não se resume às palavras proferidas, mas inclui também a escuta e o silêncio.

O encerramento da etapa de campo aconteceu por meio do critério de saturação dos dados, em que, no movimento de análise em profundidade do material empírico, ocorre a ausência de novos significados (FONTANELLA, 2011).

O período de coleta de dados aconteceu de dezembro de 2023 à março de 2024.

A etapa de análise dos dados quantitativos foi precedida de tabulação em planilha eletrônica utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2010, no qual as tendências estatísticas centrais foram calculadas. Optou-se por realizar a dupla digitação das informações de forma prévia aos cálculos para maior confiabilidade e validação dos mesmos.

Em relação aos dados obtidos com a aplicação da Escala SRCOPE-14, considerou-se a variação das respostas de 1 a 5 (em escala do tipo Likert — nem um pouco e muitíssimo — respectivamente) nos 14 itens (ESPERANDIO et al., 2018).

Na etapa de análise dos depoimentos dos dados qualitativos, foram seguidos os três passos do método fenomenológico de Husserl: descrição da experiência, por meio da redução fenomenológica (o pesquisador realizou a transcrição dos áudios, buscando ouvir com detalhes e rememorar o encontro existencial com os participantes focando na suspensão de suas crenças e juízos de valor de modo a se ater ao fenômeno em estudo); exploração do material descrito (o pesquisador realizou escutas repetidas e leituras atentas, de modo a orientar a construção das unidades de significação por meio da identificação de quais partes poderiam ser suprimidas sem comprometer a essência na descrição do objeto); por fim, direcionamento da consciência para o objeto da experiência/vivência, que consiste em descrever a compreensão dos participantes, revelando sua intencionalidade (PADOIN et al., 2018).

Nesta última etapa, houve a aproximação dos textos constituintes dos depoimentos, e, em seguida, foram construídas as unidades de significação elencadas pela subjetividade e essência das experiências vivenciadas.

Respeitando o desenho do estudo escolhido, os dados qualitativos e quantitativos foram integrados após transcrição e análise, objetivando buscar a convergência ou não entre eles.

Percurso metodológico

A ambientação no cenário de estudo se deu através de visita programada ao serviço, a fim de conhecer a infraestrutura local, compreender os processos de trabalho relacionados à intenção de pesquisa, bem como realizar a apresentação pessoal da pesquisadora à equipe multidisciplinar.

Durante a primeira visita ao cenário e na reunião com a enfermeira responsável, foi estabelecida, como estratégia de busca inicial, a comunicação por e-mail entre a profissional e a investigadora acerca de toda admissão em que o possível participante preenchesse os critérios de inclusão. Em anexo, seria encaminhada a folha de rosto do prontuário que continha os dados de identificação, possibilitando o contato via telefone e/ou aplicativo de mensagens WhatsApp®. Cabe ressaltar que, além dos dados pessoais, havia o contato do responsável familiar como uma das exigências do serviço.

Assim, na última semana do mês de dezembro de 2023, iniciaram-se as primeiras tentativas de apresentar a pesquisa e obter consentimento para a entrevista.

Desde esse momento e ao longo de toda a etapa de campo, o contato foi realizado com o cuidador principal. Houve dificuldade para o aceite e a participação, o que possivelmente deveu-se à época do ano, sensibilidade do tema, sua simbologia e pela situação em que os pacientes se encontravam. Outrossim, e não sendo obtido sucesso em nenhum contato nesse período, indagou-se quanto a possíveis interferências das crenças e valores pessoais dos cuidadores familiares na participação de seus entes queridos. Ademais, por conta dos fatos noticiados atualmente, houve questionamento se as ligações e/ou mensagens eram “golpes” ou inverdades.

De modo a contornar esses obstáculos, os contatos foram retomados em janeiro de 2024, e as primeiras entrevistas foram agendadas. Os desafios seguiram-se, embora, nesse momento, relacionados a condições outras, tais como a de senescência e senilidade, especialmente quando associadas à compreensão limitada sobre espiritualidade e religiosidade, o que, por vezes, mesmo com o uso de linguagem clara e objetiva, dificultava o entendimento do tema da pesquisa; e à abordagem dos pacientes que não sabiam o diagnóstico de câncer.

Mediante os desafios supracitados, foi necessário simplificar e trazer, à expressão coloquial, o máximo de elementos possíveis de modo a melhorar o entendimento dos participantes e quebrar barreiras socioculturais. Outros instrumentos de mobilização da pesquisadora nesse momento foram a escuta, empatia, compaixão e paciência. A respeito dos pacientes que não sabiam sobre o diagnóstico principal, foram utilizados termos como “período de adoecimento ou doença”, para referir-se à doença oncológica.

Acredita-se ainda que a sensibilidade do tema frente a uma doença ameaçadora da vida — tendo em vista que os CPs ainda são instituídos em sua maioria a pacientes em terminalidade — pode ter impactado o consentimento à participação, visto que os responsáveis associavam a exploração do assunto com morte iminente. Outras questões relativas à condição física dos pacientes também interferiram em desfavor das entrevistas, uma vez que, estando em fim de vida, intercorrências clínicas e óbitos antecederam ou ocorreram na data agendada.

Observou-se que a possível sobrecarga emocional e de responsabilidade dos cuidadores pode ter gerado a demanda de fala por parte destes e consequente escuta, em se tratando da perspectiva humana/humanizadora da investigadora em concordância com o referencial teórico da pesquisa. Entretanto, não obstante, as “participações” dos familiares, sugerindo respostas ao entrevistado, foram validadas apenas as informações e significados provindos do participante.

O fato de todas as entrevistas serem acompanhadas pelo cuidador principal possibilitou o conhecimento mais aprofundado da dimensão familiar, o lado intrínseco e a vulnerabilidade de cada um que estava presente no momento do encontro. Dessa forma, foi possível a desconstrução de pressuposições dos familiares frente aos entes e fortificação de laços.

A melhoria do estado de humor dos entrevistados foi algo notado pela pesquisadora (fato comentado também pela enfermeira responsável do serviço), além de os pacientes destacarem a importância de terem um momento para falar sobre aquilo que pouco se fala nos serviços de saúde (religião e espiritualidade). Foi notória e comentada a sensação de bem-estar, acolhimento e amparo ao longo da conversa.

No percurso do campo, identificou-se a oportunidade de adequação terapêutica para além do físico, através do olhar integral e de compreensão do ser em questão, em sua singularidade. Foi detectada também a oportunidade de fomentar e viabilizar ainda mais, para essa população, o uso de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) que promovam bem-estar e melhoria da qualidade de vida. Ademais, a troca mútua acerca das perspectivas de vida e visão de mundo contribuiu expressivamente para o crescimento pessoal, profissional e espiritual.

Todo o processo de busca de dados acarretou reflexões sobre a vida e a forma de se lidar com ela, mas principalmente em como ajudar pessoas a morrerem. Muito se fala de como viver com qualidade, mas pouquíssimo se fala sobre como morrer com qualidade, direitos e dignidade. Pouco se aborda sobre como as pessoas se sentem além do físico. No modelo de saúde ainda enraizado e direcionado pela biomedicina, nota-se a atenção de saúde direcionada exclusivamente para o conforto sintomatológico biológico e nada mais. Foi notória a necessidade da urgência de uma abordagem psicossocial e espiritual e capacitação da equipe de saúde para tal.

5. RESULTADOS

Participaram deste estudo 12 pacientes oncológicos em cuidados paliativos na AD, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com média de idade de 70 anos, intervalo mínimo de 56 anos e máximo de 82 anos. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de 12 pacientes oncológicos em CP na AD

Caracterização sociodemográfica		Número de participantes = 12
Estado Civil	Casado	7
	Viúvo	3
	Divorciado	2
Escolaridade	Ensino Médio	2
	Ensino Fundamental	7
	Ensino Técnico	1
	Ensino Superior	1
	Incompleto	
	Não sabe informar	1
Cor	Branca	7
	Negra	5
Número de filhos	1–2	7
	Mais de 3	5
Renda familiar	1–2 salários mínimos	10
	3–5 salários mínimos	2

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A média do tempo de adoecimento foi de 21 meses. Do total dos participantes, oito sabiam o diagnóstico, e quatro não sabiam por que estavam doentes. Em relação ao tempo acompanhado pelo serviço de internação domiciliar, a média foi de 22 dias.

Os diagnósticos oncológicos foram CA de fígado (3), CA de próstata (2), CA de reto (2), mieloma múltiplo (1), linfoma Não Hodgkin (1), CA de estômago (1), CA de pulmão (1 e CA vulva (1). Frente às modalidades de tratamento, dois participantes foram admitidos diretamente em cuidados paliativos exclusivos. Os 10 restantes fizeram mais de um tratamento.

Sobre as patologias associadas, todos possuíam pelo menos uma comorbidade

concomitante ao câncer. A maior prevalência foi de hipertensão arterial sistêmica (10) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (4); na sequência, têm-se doenças como depressão, tuberculose, hepatite B, encefalopatia hepática, diabetes *mellitus* e tuberculose (1), respectivamente.

Como cuidador principal, os participantes elegeram os(as) filhos(as) (5), a esposa (5) e as noras (2).

Referente a E/R, sete se consideram uma pessoa religiosa, três não se consideram, e dois não souberam responder. Quando perguntados sobre a religião, a maioria se considerou católica (5), seguida de evangélicos (3). Quatro participantes declararam não possuir religião, embora se considerassem espiritualizados.

Em relação à importância da religião, nove declararam que a consideravam muito importante; e três, mais ou menos ou pouco importante. Ademais, a maioria (8) afirmou possuir práticas religiosas diárias.

Sobre o uso do *coping* E/R (CRE), a tabela 2 apresenta os valores da análise dos índices gerais da escala CRE.

Tabela 2 – CRE dos pacientes oncológicos paliativos em AD

<i>Coping</i> Religioso/Espiritual	Média	Mediana	Desvio Padrão
CRE Positivo	3,56	3,36	1,02
CRE Negativo	1,83	072	1,09

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação aos fatores positivos, destacam-se as perguntas P1 (Procurei uma ligação maior com Deus), P4 (Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus) e P5 (Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação). Esses resultados sugerem que o uso da E/R como estratégia positiva acontece de forma recorrente frente ao momento perpassado por eles, indicando a aproximação com Deus como fonte de força diante do câncer. Considerando os fatores negativos, a média geral das perguntas foi de 2, indicando pouco uso de estratégias negativas.

A avaliação das médias das respostas das perguntas proporcionou uma compreensão mais detalhada das estratégias de CRE que eram mais frequentemente utilizadas pelos participantes.

5.2 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Com base nas etapas do método fenomenológico de Husserl, construíram-se as unidades de significação, primando, de forma fidedigna, pela subjetividade de cada participante em sua essência (*Eidos*) à luz do fenômeno em investigação. Para tal, os princípios de redução de pressupostos, intencionalidade da consciência e interdependência entre o sujeito e o mundo foram rigorosamente observados (PADOIN et al., 2018).

Por fim, a análise permitiu compreender os significados de E/R para pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar, dando origem a três unidades de significação. A primeira aborda a fé e a espiritualidade como recursos de apoio nos momentos difíceis. A segunda trata da importância de agradecer e também pedir a Deus para aliviar o sofrimento. Já na terceira, os participantes expressam a superação do medo e a esperança na cura através da fé.

5.2.1 Ter ajuda da fé, religião e crenças para dar forças e ter apoio nos momentos difíceis

Face às subjetividades e em relação à E/R, os participantes significaram **ter ajuda da fé, religião e crenças para dar forças e ter apoio nos momentos difíceis**. Ao receber o diagnóstico, relatam que o momento foi difícil e que, com isso, recorreram à religiosidade e a crenças de modo a se sentirem apoiados. Acreditam que a ajuda da fé, religião e crenças dá força, inclusive no tratamento:

A religiosidade, pelo menos agora, no momento, está sendo um apoio muito grande para mim, porque não é fácil você receber uma notícia assim [...] (P1).

Minha crença me ajudou muito, a pastora ia lá orar, me dá força, até mesmo lá no hospital. Tudo isso foi me dando força, me alimentando, porque a pessoa fica pra baixo, e assim eu vou vivendo até hoje (P2).

A espiritualidade e a religião me ajudam bastante, sem elas é mais difícil [...] se não tiver uma ajuda divina, fica mais difícil (P3).

Estou recorrendo mais a Deus, esse período está sendo mais difícil, estou tendo mais fraqueza no organismo, mas, se Deus quiser, a gente vai vencer aí (P4).

Eu peguei com Deus, se não fosse Ele [...] para Ele poder me ajudar. Ele me dá forças para aguentar [...]. É muito difícil, toca na ferida (P5).

A minha fé é o seguinte, que seja amenizado e nada grave. Me dá força para encarar as coisas de ruim que acontecem comigo (P10).

Em paralelo, notam que estão para “baixo”, vulneráveis, desprotegidos e apavorados. Todavia, recorrem a Deus e à espiritualidade para vencer a doença e ter forças para passarem pelas provações. Com isso, sentem-se mais protegidos, conformados e aceitam melhor os momentos difíceis:

A fé ajuda a acalmar meu coração [...] A fé, a religião e ajudam a aceitar esse momento (P6).

Minhas crenças me ajudam a passar por essas provações, crendo que eu vou passar por elas (P7).

Eu aceitei a doença melhor [...] aí a minha fé me ajudou, porque eu estava desesperada lá na hora que ele estava com a folha na mão para me internar [...] eu pedi até para ir em casa primeiro pra eu despedir da minha família, porque, se eu fosse e não voltasse [...] (P8).

Eu leio a Bíblia, ouço a palavra [...] eu me sinto mais conformado (P9).

Quando aperta, a gente busca mais [...]. Eu procuro mais o amor de Deus na minha vida, Ele me dá força para vencer toda batalha (P11).

Eu sinto a presença de Deus nesse momento difícil [...]. Minha espiritualidade me dá muita fé e muita sabedoria para poder lidar com essa doença [...] porque a gente fica mais vulnerável, desprotegido (P12).

5.2.2 Compreender a importância da fé e da religião nesse momento, orar e pedir para Deus ajudar e até curar

Os entrevistados compreendem que, nesse momento de sofrimento, precisam de um tempo para se dedicar a Deus, seja através da oração, leitura da bíblia, ouvir a palavra ou assistir à missa na TV.

Diante disso, a E/R ameniza a dor, tira o cansaço e os faz suportar as angústias. Dessa forma, caracterizam-na como importante e se sentem com força, amparados, tranquilos, confortados e, por isso, agradecem por tudo o que recebem.

E sobre a religiosidade, está sendo importante para mim porque, quando está tudo bem, a gente não consegue tirar um tempo para a gente orar ou para a gente falar com Deus [...] Agora, quando a gente está nesse

momento que eu estou, a gente só pensa em Deus [...] e eu falo com ele constante... ô Deus, por favor, me ajuda (P1).

Ela (espiritualidade) me faz reviver, refletir as coisas que passou e o presente de hoje, convivência de hoje, agora minha vida é outra... Agora tenho que me dedicar a Deus para me curar disso. Me sinto realizado com a presença de Deus (P2).

Trouxe (religiosidade e espiritualidade) que eu estou no caminho certo, que tinha que ser assim mesmo. Ajuda de tudo, o grupo de pessoas, entidades... acho que estou sendo bem forte [...] e conseguir (P3).

*A fé e a religião hoje para mim significam um apoio [...] Eu creio que é o momento que eu busco isso e me amparo e vivo na esperança [...] tem que agradecer a Deus porque é complicado. Pedir a força de Deus para te fazer suportar
A gente vê isso no momento que a gente está sozinha, se Deus está contigo. Quando eu tenho que fazer cirurgia, eu peço a Deus que me leve, me acompanha para que eu possa fazer uma boa cirurgia, que eu faço cirurgia, que eu volte para o meu leito, normalmente né? Que Ele faça o seu acompanhamento com a sua cura, né? (P4).*

Acredito que faça presença [...] Deus ajuda, eu não brinco com Deus. Deus é muito importante para mim. A religião e a espiritualidade significam tudo. Acho que me ajuda. Não sei como, mas ajuda. Me dá força [...] (P5).

Me dá força, amparo, dá tudo [...] é importante para mim [...] porque, quando eu ia lá (na igreja), eu não sentia o que eu estou sentindo (P6).

Eu converso com Jesus, e ele me diz “se precisar de qualquer coisa, não pede ninguém pra me pedir não, pede direto pra mim”. E eu acredito que 90% do que eu peço, eu sou atendido. Eu acredito em Deus, levanto de manhã e agradeço a Deus por estar vivo e respirando. Tem sido muito importante para mim [...] Eu invoco o nome de Deus quase o dia inteiro [...] Quando eu estou com dor, é Deus que eu clamo. Ele me dá conforto e calma (P7).

Eu oro muito [...] eu acho que isso aí está me ajudando. Igual no dia que foi tirar água da minha barriga, e eu fiquei assustada [...] mas, quando ele (médico) veio com aquela tranquilidade dele e eu comecei a orar em silêncio, pedindo que Jesus fosse a mão nas mãos dele, para me dar força [...] aí eu não senti nada. A minha fé me deu paz e tranquilidade, para enfrentar os problemas (P8).

Tudo que eu tenho, eu agradeço a Deus. Forças, saúde, inteligência e sabedoria. Tudo que eu faço, eu peço a Deus para guardar. Tudo que acontece, eu conto com Ele. Eu peço para Ele me dar saúde, e Deus vai sempre me ajudar. Significa tudo. A religião não dá força, o que dá força é o nosso Deus. Por isso, eu busco Ele nas horas difíceis. Deus me deu essa enfermidade, e agora ela serve de descanso para mim (P9).

Ter fé, ler a Bíblia [...] mas, como eu não estou andando muito bem de

saúde, isso está me atrapalhando a praticar. O pessoal da igreja vem toda segunda-feira trazer a hóstia, eu acho ótimo, é uma hora boa. Eu me sinto feliz e ótima nesses momentos [...] aí pede perdão a Deus pelos pecados, erros e falhas. Deus não abandona a gente [...] Peço libertação, cura, saúde, paz, tranquilidade... Peço a Deus para me livrar desse cansaço (P11).

Quando eu ajoelhava para fazer minha oração, eu sentia aquela coisa boa, Ele estava ali presente. Eu sentia aquela quentura, aquela coisa boa, descendo no meu corpo, aquele calor, emoção, vontade de estar ali e querendo estar ali. Nesse momento, Deus agia na minha vida para curar essa doença. Ele me dava amparo, eu ficava mais tranquila, sentia mais amor, bons sentimentos [...]. Eu rezo todo dia, faço minhas orações e peço a Deus mais proteção. Assisto à missa na TV [...] (P12).

5.2.3 Crer em Deus para não pensar coisas ruins e ter fé para chegar até aqui

Para os participantes, crer em Deus e ter fé dá coragem, traz paz, proteção e ajuda a não terem medo e pensarem bobagem sobre o que de ruim pode acontecer. Acreditam que Deus faz a parte “Dele” e os abençoa para chegarem até aqui, voltarem para casa e até serem curados.

(Deus) Está me dando forças, me dando coragem, tem hora que eu vacilo em pensar bobagem, eu estou com medo de tudo, igual hoje, eu vou no dentista e já estou com medo de ir ao dentista [...] (P1).

Sem Ele, eu não estaria nem aqui. Se eu não crer em Deus, eu vou crer em quem? (P2).

De noite a gente pensa tanta coisa, sai de um lugar para ir para outro para chorar. Não é fácil, não [...] eu tenho que acreditar, se eu não acreditar, eu nem estava do jeito que eu estou (P3).

Só de eu não ter morrido é questão de Deus [...]. Se não fosse minha fé, teria acontecido “muito ruim” [...] eu não teria chegado até aqui (P5).

Se eu perder a crença que eu tenho em Deus, acabou tudo. Ter força de vontade e crer, porque Deus fala “você faz sua parte, que eu faço a minha” (P7).

[...] No dia que eu saí daqui para internar, eu creio que eu não ia voltar, e aí Deus me abençoou, e eu voltei [...]. Minha fé me dá paz... porque, enquanto a gente está ouvindo aquela palavra boa, o cérebro da gente tá pensando coisa boa (P8).

Eu peço a Deus para amenizar os problemas que eu tenho, essa doença. Fé para eu passar por essa fase de forma tranquila, sem me desesperar [...] eu peço só para amenizar minha dor, mas

sarar é com Ele. Ele que faça o que for melhor (P10).

Esse momento é uma batalha, uma guerra, mas, com ajuda de Deus, a gente vai vencer. Tenho fé. Ele vai me ajudar e está me ajudando. Não sei explicar, eu só sinto no meu coração (P11).

Esse momento faz a gente refletir. Penso que Deus vai me curar e me dar a proteção. Ele vai me dar o caminho, a verdade e a fé. Para eu continuar na fé e seguir nesse caminho de Deus. Eu me apeguei a Deus e tive uma força maior (P12).

6. ARTIGOS PRODUZIDOS A PARTIR DOS RESULTADOS

6.1. ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA PESSOAS COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Introdução: o câncer é uma doença crônica em ascendência mundial e com altos índices de mortalidade. Pessoas com neoplasias vivenciam mudanças biopsicossociais e espirituais significativas em suas vidas, especialmente em cuidados paliativos. Entre as estratégias de enfrentamento dessa adversidade, destaca-se o uso da espiritualidade e religiosidade. **Objetivos:** avaliar o *coping* de pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar; e descrever significados de religiosidade e espiritualidade para pessoas em cuidados paliativos oncológicos. **Método** estudo misto, com abordagem quali-quantitativa, do tipo transformativo concomitante. O cenário de pesquisa foi um Serviço de Atenção Domiciliar público de Minas Gerais. Participaram 12 pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos. **Resultados:** a média de idade dos participantes foi de 70 anos, e o tempo de adoecimento médio foi de 21 meses. A média dos escores de *coping* positivo foi 3,56 e a de negativo foi de 1,83, sugerindo o uso recorrente da E/R frente ao momento perpassado, indicando a aproximação com Deus como fonte de força diante do câncer. Na perspectiva das subjetividades, os participantes significam ter ajuda da fé, religião e crenças para dar forças e ter apoio nos momentos difíceis. **Conclusão:** pacientes oncológicos em cuidados paliativos utilizam o *coping* religioso e espiritual diante da doença e elencam suas crenças, religiosidade e espiritualidade como fonte fiel de esperança. As diferentes abordagens metodológicas permitiram inferir que, quanto maior é o *coping* positivo, maior é o reconhecimento da pessoa acerca da fé, força e amparo, além da atribuição do sentido de resiliência ao utilizar a espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento.

Descritores: Capacidades de enfrentamento; Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Religião e medicina; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Global Cancer Statistics 2020* (GLOBOCAN), o câncer (CA) é a segunda causa de morte prematura mundial, com curva crescente em detrimento da globalização e do capitalismo. A incidência global é de quase 20 milhões de casos, com mortalidade de 9 milhões. Entre os tipos mais letais estão os cânceres de pulmão, colorretal e fígado, especialmente em países com baixo índice de desenvolvimento humano (FERLAY et al., 2021; FERLAY et al., 2024; SUNG H. et al., 2021).

A patologia é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) e um problema de saúde pública no Brasil, sendo que a mais recente estimativa aponta que, no triênio de 2023 a 2025, ocorrerão 704 mil novos casos. O mais incidente será o câncer de pele não melanoma (31,3%), seguido pelos cânceres de mama (10,5%) e próstata (10,2%) (INCA, 2022).

Independentemente da localização da neoplasia, é indubitável que ocorrerão alterações biopsicossociais e espirituais, desde a suspeita até o diagnóstico, tratamento, cura ou cuidados paliativos (CPs). De fato, o paciente oncológico carrega consigo muitas questões sobre a vida e o motivo de estarem passando pela doença. Ainda, questões psicológicas, sociais e espirituais estarão bem mais afloradas. Importante sublinhar o estigma preexistente na sociedade, uma vez que o diagnóstico, de uma forma geral, causa um impacto negativo, fragilizando o ser em todas as suas dimensionalidades (BRANT; SILBERMANN, 2021; SILVA et al., 2019).

Não obstante, quando em CP, vivenciam essas fragilidades de forma mais acentuada, frente à proximidade da morte e ao medo de como será a sua partida. Considerando a visão holística, é imprescindível compreender além do modelo biomédico. O embate da proximidade da morte gera reflexões acerca do ser espiritual que, se não avaliadas, deixarão esse processo mais doloroso (BRANT; SILBERMANN, 2021; NARDINO; OLESIAK; QUINTANA, 2021).

Dessa forma, em 2024, foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no SUS, abrangendo tratamento e prevenção de doenças ameaçadoras à vida para pacientes, familiares e cuidadores. A PNCP estabelece o respeito aos valores culturais e religiosos e a promoção da melhoria do curso da doença, reconhecendo o sofrimento físico, psicoemocional, espiritual e social. Fomenta que a equipe assistencial deve identificar e atender às necessidades espirituais dos

pacientes com escuta atenta e facilitar o acesso à assistência espiritual de forma respeitosa e integrada (BRASIL, 2024).

A espiritualidade e a religiosidade (E/R) associadas à saúde tem se tornado um assunto em ascensão na comunidade científica. Ambas se complementam, porém não possuem o mesmo significado e podem estar presentes desde antes do diagnóstico, de forma cultural em cada ser, ou serem descobertas junto à doença, e servirem como fonte de amparo, esperança, significação e aceitação (SILVA et al., 2019; FERREIRA et al., 2020; FLORIANO et al., 2020).

Já é comprovado que a espiritualidade e a religiosidade sugestionam as escolhas e desfechos relacionados à saúde, além de influenciarem na qualidade de vida, tornando-se uma maneira de lidar com os desafios e minimizando sintomas como depressão, ansiedade e angústia (PUCHALSKI et al., 2020; VIANA et al., 2020).

A presença da E/R é algo muito notado no enfrentamento do câncer. Essas pessoas podem se sentir amparadas pelo sagrado ou também questionarem Deus pela doença (BRANT; SILBERMANN, 2021, SILVA et al., 2019). Paralelamente, tem-se que o processo de adoecimento pode por vezes ser compreendido como algo enviado por Deus ou por uma entidade maior. Desse modo, buscam através do otimismo ressignificar a doença como um propósito de vida, por mais que não compreendam o real significado (FLORIANO et al., 2020).

Nesse contexto, o uso de *coping* como estratégia cognitiva e comportamental, embasada na religião e espiritualidade, para o enfrentamento de situações ou momentos estressantes, pode se dar de modo positivo ou negativo. O primeiro acontece quando se procura amparo em Deus para entender a situação, fomentando bons resultados na situação vivenciada; já o segundo é quando Deus se torna o responsável pelo estressor, sendo a Ele delegada a resolução do caso (PUCHALSKI et al., 2020; PARGAMENT, 2011).

É crucial reconhecer que E/R são estratégias importantes para pacientes oncológicos em CP (LOURENÇO; ENCARNAÇÃO; LUMINI, 2021). Por isso, devem ser incluídas na prática clínica para uma abordagem multidimensional que envolva todos os tipos de sofrimento. Contudo, para um cuidado integral e de qualidade, faz-se necessária a capacitação teórico-científica dos profissionais, com estímulo à pesquisa, conhecimento de teorias holísticas, abordagem humanizada e inclusão do tema na formação acadêmica (BRANT; SILBERMANN, 2021; NARDINO; OLESIAK; QUINTANA, 2021; TONIN et al., 2020).

Perante o exposto, emergiram como questões norteadoras: qual é o *coping* religioso/espiritual (CRE) de pacientes em CP na AD? Quais significados a E/R tem para essa população? Sendo assim, tornaram-se objetivos da investigação avaliar o *coping* de pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar; e descrever significados de religiosidade e espiritualidade para pessoas em cuidados paliativos oncológicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de método misto, de abordagem quali-quantitativa, do tipo transformativo concomitante. A estratégia de pesquisa utilizada foi definida a partir dos objetivos da investigação para integração simultânea dos dados, objetivando melhor exploração e validade dos resultados, compreensão do fenômeno em profundidade e consolidação da conclusão, a partir da triangulação metodológica, com perspectivas metodológicas diferentes (CRESWELL, 2007; OLIVEIRA, MAGALHÃES, MISUEMATSUDA, 2018).

A pesquisa seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) e *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (STROBE Initiative, 2024; TONG, SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O cenário de pesquisa utilizado foi um Serviço de Atenção Domiciliar público de Minas Gerais. A amostra ocorreu por conveniência e se compôs de 12 participantes, os quais foram incluídos de forma gradual e intencionalmente até a saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011). Para tal, estabeleceram-se como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, independentemente do sexo, e estar em cuidados paliativos por doença oncológica na atenção domiciliar na modalidade AD2; já os de exclusão foram apresentar dificuldade/incapacidade de verbalização/fala ou qualquer transtorno que impeça a cognição/clareza de ideias. O período de coleta de dados aconteceu de dezembro de 2023 à março de 2024.

Devido ao aspecto temporal, os dados foram coletados concomitantemente, sendo os qualitativos precedentes aos quantitativos e, o primeiro, com maior atribuição de peso, tendo em vista a densificação a partir dos aspectos subjetivos relacionados ao objeto em estudo.

Acerca da estratégia de mixagem dos dados, utilizou-se a combinação integrada de dados a fim de fundir as informações qualitativas e quantitativas. Por fim, respeitando os aspectos que validam o método misto, a teorização da pesquisa foi

orientada pela Teoria do Cuidado Unitário proposta por Jean Watson.

A etapa de campo foi conduzida por uma enfermeira oncológica com experiência prévia no cuidado de pacientes em tratamento quimioterápico e/ou CP. Os objetivos de pesquisa e apresentação da pesquisadora foram explicados no contato por telefone e reforçados no encontro. Não foi estabelecido nenhum relacionamento com os participantes antes da entrevista e também não foram fornecidas instruções. No entanto, a entrevistadora precisou atuar como esclarecedora acerca da temática para melhor compreensão.

A pesquisa foi aprovada em um Comitê de Ética de uma Universidade Pública de Minas Gerais (CAAE: 74792123.3.0000.5147, sob parecer 6.559.131, em 06 de dezembro de 2023), e, a partir disso, realizou-se a coleta de dados por meio dos procedimentos: levantamento e entrevista. O levantamento compreendeu a coleta de informações dos pacientes registrados, com vistas à obtenção das informações pessoais como endereço e contato telefônico, além de dados clínicos e sociodemográficos.

O contato telefônico com os possíveis participantes foi realizado logo após admissão do paciente no SAD e inserção dos dados no DID7, com o intuito de explicitar os objetivos do estudo. Cabe mencionar que o cuidador familiar atendia as ligações telefônicas e autorizava ou não os encontros. Acredita-se ainda que a sensibilidade do tema frente a uma doença ameaçadora da vida — tendo em vista que os CPs ainda são instituídos em sua maioria a pacientes em terminalidade — pode ter impactado o consentimento à participação, visto que os responsáveis associavam a exploração do assunto com morte iminente.

Após o aceite e a disponibilidade, o encontro ocorreu em data e horário previamente agendados, no domicílio do entrevistado. Em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/12, a pesquisa foi desenvolvida após a concordância do participante com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue pela pesquisadora, lido em conjunto, para propiciar maior compreensão, e assinado pelos envolvidos (BRASIL, 2012).

Outros desafios emergiram, como senescência e senilidade, compreensão limitada sobre espiritualidade e religiosidade bem como o fato de haver pacientes que desconheciam o diagnóstico de câncer. Com isso, foi necessário simplificar e trazer, à expressão coloquial, o máximo de elementos possíveis de modo a melhorar o entendimento dos participantes e quebrar barreiras socioculturais. Outros instrumentos de mobilização da pesquisadora nesse momento foram a escuta, empatia, compaixão e paciência. A respeito dos pacientes que não sabiam sobre o

diagnóstico principal, foram utilizados termos como “período de adoecimento ou doença”, para referir-se à doença oncológica.

Outras questões relativas à condição física dos pacientes também interferiram em desfavor das entrevistas, uma vez que, estando em fim de vida, intercorrências clínicas e óbitos antecederam ou advieram na data agendada. Todas as entrevistas foram acompanhadas por familiares e não foram repetidas e nem devolvidas para correção em virtude da explicação acima.

Neste estudo, utilizou-se, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada por meio de dois instrumentos, nesta ordem: um roteiro de entrevista semiestruturado e a Escala *Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14* (ESPERANDIO et al., 2018). A escala é autoaplicável. Entretanto, considerando que a captação dos significados de espiritualidade/religiosidade para pacientes em CP com doença oncológica adveio da entrevista semiestruturada, optou-se por fazer a leitura dos itens da escala para os participantes. Cabe salientar que a pesquisadora se isentou, no entanto, de fornecer qualquer explicação que pudesse influenciar na resposta aos itens dos instrumentos de coleta de dados.

A opção pela escala no presente estudo foi determinada pelo fato de esta abordar questões relacionadas às estratégias mais específicas de enfrentamento religioso/espiritual frente a situações de estresse, no caso, aquelas desencadeadas pelo estímulo estressor do “câncer”.

A SRCOPE-14 contém 14 itens, sete relacionados ao *coping* religioso/espiritual positivo (religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor); e sete itens concernentes ao *coping* religioso/espiritual negativo (fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimento de culpa ou punição, insegurança e ressignificação negativa do estressor) (ESPERANDIO et al., 2018).

A escala tem como objetivo avaliar a relação entre o momento estressor vivido (neste estudo, estar em cuidado paliativo por doença oncológica) e o uso da espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento. Na escala, são apontados fatores positivos que retratam uma boa conexão com Deus e o transcendente bem como fatores negativos que podem demonstrar conflitos espirituais e/ou religiosos.

A pontuação pode variar de acordo com a mensuração de Likert, mas, quanto maior for a pontuação, maiores serão os níveis de uso de CRE. Estes serão classificados em CREP ou CREN a depender das perguntas, sendo as sete primeiras estratégias positivas e as sete últimas, negativas.

O roteiro da entrevista continha perguntas que abordavam aspectos sociodemográficos, clínicos e espirituais/religiosos.

De forma a garantir o anonimato dos participantes, optou-se pelo uso de pseudônimo, mediante um código alfanumérico representado pela letra “P” seguida por um número que corresponde à ordem cronológica dos encontros (P1, P2, P3, P4, ...).

As entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica para garantir transcrições mais fidedignas posteriormente. O diário de campo registrou expressões não verbais, considerando que a comunicação inclui palavras, escuta e silêncio. O encerramento da etapa de campo aconteceu por meio do critério de saturação dos dados, em que, no movimento de análise em profundidade do material empírico, ocorre a ausência de novos significados (FONTANELLA et al., 2011).

O período de coleta de dados aconteceu de dezembro de 2023 à março de 2024.

A etapa de análise dos dados quantitativos foi precedida de tabulação em planilha eletrônica utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2010, no qual as tendências estatísticas centrais foram calculadas.

Em relação aos dados obtidos com a aplicação da Escala SRCOPE-14, considerou-se a variação das respostas de 1 a 5 (em escala do tipo Likert — nem um pouco e muitíssimo — respectivamente) nos 14 itens (ESPERANDIO et al., 2018).

Na análise dos depoimentos qualitativos, seguiram-se os três passos do método fenomenológico de Husserl: descrição da experiência através da redução fenomenológica (transcrição dos áudios com suspensão de crenças e juízos de valor para focar no fenômeno); exploração do material descrito (escutas repetidas e leituras atentas para identificar unidades de significação sem comprometer a essência do objeto); e direcionamento da consciência para o objeto da vivência, descrevendo a compreensão e abordada e a intencionalidade dos participantes (PADOIM et al., 2018).

A elaboração da Unidade de Significação (US) respeitou as etapas Hursselianas, perpassando pela Redução Fenomenológica (*Epoché*), seguidas de análise intencional para consequente extração das unidades propriamente ditas. Deste modo, a US expressou de forma fidedigna a subjetividade em sua essência (*Eidos*) sobre o que de fato é para cada pessoa em sua intencionalidade, o ato do conhecimento (*Noesis*) e o conteúdo relativo ao ato de conhecimento (*Noema*) sobre a temática (PADOIM et al., 2018).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 12 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com média de idade de 70 anos, intervalo mínimo de 56 anos e máximo de 82 anos. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de 12 pacientes oncológicos em CP na AD

Caracterização sociodemográfica		Número de participantes = 12
Estado Civil	Casado	7
	Viúvo	3
	Divorciado	2
Escolaridade	Ensino Médio	2
	Ensino Fundamental	7
	Ensino Técnico	1
	Ensino Superior	1
	Incompleto	
	Não sabe informar	1
Cor	Branca	7
	Negra	5
Número de filhos	1–2	7
	Mais de 3	5
Renda familiar	1–2 salários mínimos	10
	3–5 salários mínimos	2

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A média do tempo de adoecimento foi de 21 meses. Do total dos participantes, oito sabiam o diagnóstico, e quatro não sabiam por que estavam doentes. Em relação ao tempo acompanhado pelo serviço de internação domiciliar, a média foi de 22 dias.

Os diagnósticos oncológicos foram CA de fígado (3), CA de próstata (2), CA de reto (2), mieloma múltiplo (1), linfoma Não Hodgkin (1), CA de estômago (1), CA de pulmão (1) e CA vulva (1). Frente às modalidades de tratamento, dois participantes foram admitidos diretamente em cuidados paliativos exclusivos. Os 10 restantes fizeram mais de um tratamento.

Sobre as patologias associadas, todos possuíam pelo menos uma

comorbidade concomitante ao câncer. A maior prevalência foi de hipertensão arterial sistêmica (10) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (4); na sequência, têm-se doenças como depressão, tuberculose, hepatite B, encefalopatia hepática, diabetes *mellitus* e tuberculose (1), respectivamente.

Como cuidador principal, os participantes elegeram os(as) filhos(as) (5), a esposa (5) e as noras (2). Referente a E/R, sete se consideram uma pessoa religiosa, três não se consideram e dois não souberam responder. Quando perguntados sobre a religião, a maioria se considerou católica (5), seguida de evangélicos (3). Quatro participantes declararam não possuir religião, embora se considerassem espiritualizados.

Em relação à importância da religião, nove declararam que a consideravam muito importante, e três a avaliaram mais ou menos ou pouco importante. Ademais, a maioria (8) afirmou possuir práticas religiosas diárias.

Sobre o uso do *coping* religioso espiritual (CRE), a tabela 2 apresenta os valores da análise dos índices gerais da escala CRE.

Tabela 2 – CRE dos pacientes oncológicos paliativos em AD

Coping Religioso/Espiritual	Média	Mediana	Desvio Padrão
CRE Positivo	3,56	3,36	1,02
CRE Negativo	1,83	0,72	1,09

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação aos fatores positivos, destacam-se as perguntas P1 (Procurei uma ligação maior com Deus), P4 (Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus) e P5 (Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação). Esses resultados sugerem que o uso da E/R como estratégia positiva acontece de forma recorrente frente ao momento perpassado, indicando a aproximação com Deus como fonte de força diante do câncer. Considerando os fatores negativos, a média geral das perguntas foi de 2, indicando pouco uso de estratégias negativas.

A avaliação das médias das respostas das perguntas proporcionou uma compreensão mais detalhada das estratégias de CRE que eram mais frequentemente utilizadas pelos participantes.

Face às subjetividades e em relação à E/R, os participantes significaram **ter ajuda da fé, religião e crenças para dar forças e ter apoio nos momentos difíceis.**

Ao receber o diagnóstico, relatam que foi difícil e que, com isso, recorreram à religiosidade e a crenças de modo a se sentirem apoiados. Acreditam que a ajuda da fé, religião e crenças dá força, inclusive no tratamento:

A religiosidade, pelo menos agora, no momento, está sendo um apoio muito grande para mim, porque não é fácil você receber uma notícia assim [...] (P1).

Minha crença me ajudou muito, a pastora ia lá orar, me dá força, até mesmo lá no hospital. Tudo isso foi me dando força, me alimentando, porque a pessoa fica pra baixo, e assim eu vou vivendo até hoje (P2).

A espiritualidade e a religião me ajudam bastante, sem elas é mais difícil [...] se não tiver uma ajuda divina, fica mais difícil (P3).

Estou recorrendo mais a Deus, esse período está sendo mais difícil, estou tendo mais fraqueza no organismo, mas, se Deus quiser, a gente vai vencer aí (P4).

Eu peguei com Deus, se não fosse Ele [...] para Ele poder me ajudar. Ele me dá forças para aguentar [...]. É muito difícil, toca na ferida (P5).

A minha fé é o seguinte, que seja amenizado e nada grave. Me dá força para encarar as coisas de ruim que acontecem comigo (P10).

Em paralelo, notam que estão para “baixo”, vulneráveis, desprotegidos e apavorados. Todavia, recorrem a Deus e à espiritualidade para vencer a doença e ter forças para passarem pelas provações. Com isso, sentem-se mais protegidos, conformados e aceitam melhor os momentos difíceis:

A fé ajuda a acalmar meu coração [...]. A fé, a religião e ajudam a aceitar esse momento (P6).

Minhas crenças me ajudam a passar por essas provações, crendo que eu vou passar por elas (P7).

Eu aceitei a doença melhor [...] aí a minha fé me ajudou, porque eu estava desesperada lá na hora que ele estava com a folha na mão para me internar [...] eu pedi até para ir em casa primeiro pra eu despedir da minha família, porque, se eu fosse e não voltasse [...] (P8).

Eu leio a Bíblia, ouço a palavra [...] eu me sinto mais conformado (P9).

Quando aperta, a gente busca mais [...]. Eu procuro mais o amor de Deus

na minha vida, Ele me dá força para vencer toda batalha (P11).

Eu sinto a presença de Deus nesse momento difícil [...]. Minha espiritualidade me dá muita fé e muita sabedoria para poder lidar com essa doença [...] porque a gente fica mais vulnerável, desprotegido (P12).

Os dados qualitativos e quantitativos foram integrados após transcrição e análise, e, identificou-se que as compreensões dos participantes convergiam com o CREP. Os trechos constituintes das Unidades de significação alinhados às perguntas positivas de destaque (P1, P4 e P5), permitem inferir acerca do reconhecimento da importância de um relacionamento mais profundo com o Divino, além de descrever como essa ligação transforma o momento vivido, sendo fonte de resiliência diária. Essa integração de dados valida, confirma e reforça o uso da E/R como estratégia de enfrentamento positiva de forma mais recorrente.

DISCUSSÃO

O uso da E/R como estratégia de enfrentamento para pessoas em CPs oncológicos se fez presente em todos os participantes desta pesquisa. Os resultados evidenciaram que a maior parte do uso acontece de forma positiva, sendo fonte de amparo e fortaleza.

Utilizar o CREP remete a buscar apoio e ajuda espiritual de um Ser Divino Transcendente para que ocorra a ressignificação dos eventos estressores e maior aceitação do momento vivenciado. Essa busca espiritual é intrínseca e pode ou não se manifestar de forma extrínseca, através de uma religião. Quando se tem o CREN, o poder Divino é considerado punitivo e excessivamente poderoso por gerar a doença como castigo. Na presente investigação, a média de pessoas com CREN é de 1,83, enquanto o CREP é de 3,56, o que condiz com os dados da literatura que revelam a E/R como superação do sofrimento e qualidade de vida na terminalidade (VILLEGAS et al., 2022). No entanto, em um estudo pioneiro de caso-controle, constatou-se baixo uso de enfrentamento E/R, com maior repercussão do CREN nos pacientes paliativos (MENEGUIN et al., 2023).

O uso positivo do *coping* pode trazer benefícios durante o processo de saúde-doença. Uma pesquisa realizada com pacientes oncológicos em quimioterapia constatou que aqueles que utilizam o CREP apresentaram altos níveis de esperança (COSTA et al., 2019). O presente artigo converge com a pesquisa, reforçando a E/R como fonte de forças, mediante o subsídio de amparo fornecido pelas crenças, orações e ligação com um Ser Divino.

Foi evidenciado, no entanto, que as crenças espirituais e religiosas dos pacientes e o uso do CREP podem influenciar na evolução da doença, adesão ao tratamento e menores níveis de ansiedade e depressão, enquanto o CREN pode ser associado à piora de saúde mental e maior mortalidade em DCNT (JACOB et al., 2021). Esta pesquisa evidenciou o uso das crenças E/R como recursos de aceitação, sendo fonte vigorosa de resiliência e até mesmo “alimento” frente às adversidades.

Nesta pesquisa, mais da metade dos entrevistados se consideram religiosos e revelaram que a religião tem grande importância em suas vidas. Alguns autores afirmam que é provável que as pessoas encontrem na fé religiosa o apoio necessário para lidar com o sofrimento e as dificuldades associadas ao processo terminal (MENEGUIN et al., 2023; COSTA et al., 2019). Nesse mesmo contexto, pessoas com tumores avançados utilizam em sua maioria a religião como estratégia de enfrentamento positiva (COSTA et al., 2019).

A religião pode ser considerada como um fator contribuinte nas decisões de saúde de pessoas em CP por CA, visto que existem variações dentro de cada uma delas, sendo necessário que a equipe de saúde avalie os pacientes de modo singular, compreendendo-os em suas subjetividades (BRANT; SILBERMANN, 2021; DEV et al., 2024).

Logo, reconhecer o cuidado espiritual como uma demanda emergente é algo indispensável tanto no meio clínico-assistencial quanto no processo formativo-acadêmico. Desse modo, é essencial capacitar a equipe interdisciplinar para que, de fato, ocorram abordagens significativas e em larga escala.

Acerca da Enfermagem, a partir da análise sobre o conhecimento e a aplicação de cuidados espirituais de enfermeiros e acadêmicos, constatou-se que os primeiros estão dispostos a englobar as necessidades espirituais de seus pacientes em suas intervenções. No entanto, encontram barreiras na assistência como restrições de tempo e preocupações sobre o cuidado espiritual ser inadequado por falta de conhecimento. Apesar disso, alunos de graduação conhecem o tema e o acham relevante, mas não se sentem seguros para fornecer os cuidados espirituais por falta de formação adequada (HARRAD et al., 2019).

Este estudo evidenciou a importância de olhar para a dimensão espiritual dos pacientes em CP, compreendendo a E/R como parte essencial do cuidar e de vital importância na promoção de bem-estar. Para aprimorar a clínica, fomenta-se que intervenções educacionais sobre o tema podem aumentar os níveis de conhecimento e conforto para a realização da assistência espiritual, tanto para enfermeiros quanto para acadêmicos (HARRAD et al., 2019).

Nesta análise, os participantes discorrem sobre o significado da E/R associada ao momento vivido, afirmando que, sem o viés espiritual, não conseguiriam seguir. Sob tal ótica, suscita-se que é necessário reconhecer a E/R como um fator determinante de saúde. Por isso, deve ser incluída no cuidado de pessoas com doenças graves, mas ainda é preciso aumentar a conscientização dos profissionais sobre as evidências científicas e sua associação com a espiritualidade e melhores resultados de saúde, além de promover a capacitação para tal (BALBONI et al., 2022).

Não obstante, cabe ressaltar a influência da interseccionalidade para compreender a complexidade das desigualdades sociais e barreiras de acesso ao serviço de saúde. Elucida-se o quanto fatores de gênero, econômicos, educacionais, raciais, e culturais influenciam nas disparidades. Pacientes socialmente vulneráveis com baixa renda, moradia periférica e pouca escolaridade tendem a receber cuidados mais tardiamente, justamente pela falta de informação e acesso ao serviço de saúde (SILVA e PEREIRA, 2023).

Ao pensarmos em câncer como uma DCNT, faz-se necessário que sejam acompanhados com a equipe de CP desde o diagnóstico. Nesta pesquisa, a média de adoecimento foi de 21 meses com tempo de acompanhamento pelo EMAD CP DE 22 dias, o que sugere disparidade. Não obstante, a renda familiar era de um a dois salários mínimos, e com escolaridade somente até o ensino fundamental, evidenciando vulnerabilidade e comprometimento nos determinantes de saúde.

Dessarte, os pacientes oncológicos em CP tendem a sofrer com sentimentos de desesperança, impotência e perda de significado/propósito na vida. Esse estado de desmoralização é algo frequente e exacerbado no fim da vida e que precisa ser identificado e abordado. Uma pesquisa identificou que a desmoralização está inversamente relacionada à espiritualidade e que níveis elevados de bem-estar espiritual podem ser um fator protetor para evitar essa situação (CAMARGOS et al., 2023; DEV et al., 2024).

Nesse íterim, pacientes relataram bem-estar, além de menores níveis de ansiedade e depressão, a partir de cuidados espirituais realizados por enfermeiros, como a prática de orar junto, escuta ativa, presença e estímulo de conexão com o sagrado. Tais cuidados, quando aplicados a pacientes com câncer e/ou em CP, melhoravam a autocompreensão do significado e do propósito da vida (SANTOS et al., 2022).

Outras intervenções de enfermagem para cuidados espirituais podem ser encontradas a partir da taxonomia *Nursing Interventions Classification*, sendo descritas como apoio emocional e espiritual direcionados ao paciente e aos familiares.

Incluem-se nessas intervenções, cuidados de enfermagem que envolvem comunicação terapêutica baseada em confiança e empatia, encorajamento da prática espiritual e religiosa; estímulo para que o paciente se expresse através de ritos, materiais audiovisuais e artigos religiosos conforme desejado; estar genuinamente disponível para ouvir expressões de solidão e impotência frente ao sofrimento humano inerentes da vida e da morte, além de ensinar práticas de relaxamento e meditação guiada para expressar e aliviar a raiva (BULECHECK et. al., 2018, p. 216-217).

CONCLUSÃO

A relação entre espiritualidade, religião e religiosidade com a saúde humana é uma ideia amplamente aceita e reconhecida. Os resultados destacam que o uso do CREP é frequentemente utilizado diante do câncer na busca de uma maior conexão com Deus, além de contar com Sua ajuda e força. Em contraste, o uso de CREN é mínimo, conforme indicado pela baixa média nas perguntas associadas a esses fatores. Ademais, demonstrou-se nesta investigação a compreensão de que a espiritualidade afeta a saúde de maneira positiva facilita o processo de aceitação frente à doença oncológica paliativa e se mostra como estratégia de enfrentamento.

As limitações deste estudo se dão em realizar a pesquisa em campo único e com uma amostragem relativamente pequena. Ainda, a falta de uma abordagem focada na fragilidade dos pacientes para melhor contribuição na pesquisa também foi considerada um fator limitante. Também se identifica a responsabilidade dos gestores em reconhecer os pacientes em CP como socialmente vulneráveis, e considerar a interseccionalidade para mitigar as disparidades e aprimorar o cuidado prestado, incluindo o cuidado espiritual.

Destarte, espera-se que este trabalho estimule o desenvolvimento de pesquisas do tema, a fim de realizar a translação do conhecimento científico com a clínica e aprimorar a prática assistencial, além de promover o fortalecimento do suporte social e ser um facilitador no processo de enfrentamento. Outrossim, contribuir com a Agenda de Prioridades em Pesquisa em benefício da sociedade. Sugere-se também o desenvolvimento de ações educativas sobre a temática nas academias de ensino para formação profissional ampliada. Por fim, cabe uma abordagem por parte dos profissionais de saúde além do modelo centrado na doença, identificando as necessidades espirituais dos pacientes, reconhecendo e validando a crença e a fé de forma individual, sem julgamento nem discriminação.

REFERÊNCIAS

BALBONI, T. A. et al. Spirituality in serious illness and health. **JAMA**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 184-197, jul. 2022. doi: 10.1001/jama.2022.11086. PMID: 35819420. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>. Acesso em: 10 set. 2024.

BRANT, J. M.; SILBERMANN, M. Global Perspectives on Palliative Care for Cancer Patients: Not All Countries Are the Same. **Current Oncology Reports**, [s.l.], v. 23, n. 60, p. 1-11, 2021. doi: 10.1007/s11912-021-01044-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11912-021-01044-8>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 maio 2024. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22%2F05%2F2024&jornal=515&pagina=215&fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAab3bn-GEzBR6Pve3tN_W96xKVIWgxXNxmLfR6qXJzzjO20ZjZpVghJF73M_aem_AVTwYDTg0z0FYtR-Lfmvk9hbDkUctil9AFWx_QjsNv9jqUgkCMtFMxrmS0PI5L9kaY7LBUaxhD3QTEe-Csw2_G2I. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, no Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Diário Oficial da União*. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; WAGNER, Cheryl M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Acesso em: 29 ago. 2024.

CAMARGOS, E. F. et al. The association between demoralization, anxiety, depression, and spiritual well-being in cancer patients receiving palliative care. **Supportive Care in Cancer**, [s.l.], v. 31, n. 7, p. 393-402, jul. 2023. doi: 10.1007/s00520-023-07722-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07722-6>. Acesso em: 10 set. 2024.

COSTA, D. T. et al. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer

in chemotherapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 3, p. 640-645, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0358. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>. Acesso em: 10 set. 2024.

Creswell, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEV, R. et al. Estratégias de enfrentamento e carga de sintomas associados entre pacientes com câncer avançado. **The Oncologist**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 166-175, 2024. doi: 10.1093/oncolo/oyad253. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253>. Acesso em: 10 set. 2024.

DOS SANTOS, F. C. et al. Spiritual interventions delivered by nurses to address patients' needs in hospitals or long-term care facilities: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 662-677, abr. 2022. doi: 10.1089/jpm.2021.0578. Epub 2022 jan. 26. PMID: 35085471. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578>. Acesso em: 10 set. 2024.

ESPERANDIO, M. R. G. et al. Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14. **Religions**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 31, 2018. doi: 10.3390/rel9010031. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/1/31>. Acesso em: 18 ago. 2024.

FERLAY, J. et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. **International Journal of Cancer**, [s.l.], v. 149, n. 4, p. 778-789, 2021. doi: 10.1002/ijc.33588. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.33588>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FERLAY, J. et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. **Lyon, France: International Agency for Research on Cancer**, 2024. Disponível em: <https://gco.iarc.who.int/today>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FERREIRA, L. F. et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.], v. 66, n. 2, p. 181-191, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FLORIANO, J. J. et al. O processo de adoecer do paciente com câncer em cuidado paliativo. **Nursing (São Paulo)**, [s.l.], v. 23, n. 267, p. 4502-4513, 2020. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/830>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

HARRAD, R. et al. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. **Acta Biomedica for Health Professions**, [s.l.], v. 90, Suppl. 4, p. 44-55, 2019. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8300. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>. Acesso em: 10 set. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

JACOB, R. S. et al. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na Taxa de Remissão, Saúde Mental e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença de Crohn Ativa: Um estudo longitudinal de acompanhamento de 2 anos. **Journal of Crohn's and Colitis**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 55-63, jan. 2021. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaa130. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa130>. Acesso em: 10 set. 2024.

LOURENÇO, M.; ENCARNAÇÃO, P.; LUMINI, M. J. Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. In: ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM PORTO (org.). **Autocuidado: Um foco central da Enfermagem**. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto, 2021. p. 85-98. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39538/1/autocuidado_85-98.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

MENEGUIN, S. et al. Spiritual/religious coping strategies and religiosity of patients living with cancer in palliative care. **International Journal of Palliative Nursing**, [s.l.],

v. 29, n. 4, p. 170-178, 2023. doi: 10.12968/ijpn.2023.29.4.170. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.4.170>. Acesso em: 10 set. 2024.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 41, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/sHJ97Byydsgwx8SwMxV8cXj/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; MisueMatsuda, Laura. MÉTODOS MISTOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO À LUZ DE CRESWELL. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 27 (2), e0560017, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Acesso em: 8 jan. 2025.

PADOIM, S. M. M. et al. Pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico da fenomenologia. In: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (eds.). **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2018.

PARGAMENT, K. I. *Spirituality Integrative Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: Guilford Press, 2011. Disponível em: https://psipp.itb-ad.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/Kenneth-I.-Pargament-Spiritually-Integrated-Psychotherapy_-Understanding-and-Addressing-the-Sacred-2007-The-Guilford-Press.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

PUCHALSKI, C. M.; FERRELL, B.; OTIS-GREEN, S.; HANDZO, G. Overview of spirituality in Palliative Care. In: BLOCK, S. D.; GIVENS, J. L. (eds.). **UpToDate**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/2198#top>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SILVA, G. C. N. et al. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 6, p. 1534-1540, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31644741/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SILVA, José da; PEREIRA, Maria de Fátima. A influência da cultura organizacional no

desempenho empresarial. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 10, n. 2, p. 45-60, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1830/1577>.

Acesso em: 2 jan. 2025.

STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SUNG, H.; et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [s.l.], v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. doi: 10.3322/caac.21660. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 11 ago. 2024.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 16 ago. 2024.

TONIN, L. et al. The evolution of the Theory of Human Care to the Science of Unit Care. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 9, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7658>. Acesso em: 19 ago. 2024.

VIANA, S. F. S. et al. Conceito vivido de sobrevivente ao câncer de mama: direcionamentos para cuidados de enfermagem e saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 43, e20220095, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/127702/86546>. Acesso em: 15 ago. 2024.

VILLEGAS, V. C. A. et al. Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 44, n. 17, p. 3011, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)301](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)301). Acesso em: 18 ago. 2024.

6.2. ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO PALIATIVISTA ONCOLÓGICO À LUZ DA CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO

Introdução: câncer é uma doença crônica não transmissível em ascendência mundial e elegível aos cuidados paliativos. Pacientes oncológicos possuem demandas além do biológico e necessitam ter sua subjetividade englobada no seu processo de saúde-doença. A dimensão espiritual e religiosa é constantemente fragilizada no processo de cuidar, mas de suma importância para esse grupo. A Ciência do Cuidado Unitário proposta por Jean Watson pode englobar pessoas em cuidados paliativos oncológicos por reconhecer, compreender e considerar a dimensão espiritual no processo terapêutico e de finitude. **Objetivo:** compreender a espiritualidade e religiosidade para pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica à luz da Ciência do Cuidado Unitário. **Método:** estudo descritivo e exploratório, qualitativo, realizado em um serviço de internação domiciliar público em Minas Gerais, com 12 pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Resultados:** a espiritualidade e a religiosidade são utilizadas como fonte de força, amparo e auxílio para os participantes, os quais significam que compreendem que é importante agradecer a Deus, além de orar para amenizar o sofrimento, ajudar a melhorar e até curar; crer em Deus para não pensar coisas ruins e ter fé para chegar até aqui. Os significados atribuídos funcionam como fonte vital para evitar a entrega à doença, fortalecendo-se em Deus. Desse modo, acreditam que o alívio do sofrimento virá da fé e que a onipotência de Deus poderá até mesmo curar. **Considerações Finais:** os participantes significam o aspecto religioso e espiritual como dimensão fundamental no seu processo de finitude. A Teoria de Jean Watson e os elementos do *Processo Caritas* se enquadram nesse grupo de pacientes e, quando utilizados por profissionais de saúde, valorizam a subjetividade e amenizam o sofrimento.

Descritores: Enfermagem; Oncologia; Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Teoria de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte mundial com curva em ascendência, sendo esperados 19 milhões de novos casos no triênio de 2023–2025. A doença é considerada crônica não transmissível, sendo elegível aos cuidados paliativos (CPs) (INCA, 2022). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os CPs como a assistência prestada a pacientes e familiares, adultos ou pediátricos, que visem aliviar o sofrimento humano em sua multidimensionalidade de pessoas com doenças progressivas e fatais. Tal cuidado visa promover conforto e dignidade durante toda a terapêutica, incluindo os cuidados de fim de vida e pós-morte (WHO, 2018).

Atualmente, no Brasil, foi instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação reconhece o sofrimento multifatorial, englobando o físico, psicoemocional, social e espiritual. Dessa forma, fomenta que a equipe multidisciplinar deve reconhecer, fornecer, facilitar e inserir o cuidado espiritual na rotina de assistência, a fim de fornecer um cuidado de saúde integral e respeitoso (BRASIL, 2024).

Prover cuidados em saúde no âmbito oncológico prescinde complexidade. Desde a suspeita até o diagnóstico, tratamento, a cura e/ou o CP, questões biopsicossociais e espirituais influenciam no curso da doença, gerando um sofrimento multifatorial e uma necessidade de se atender de forma integrada, compreendendo o Ser em sua essência (DIAS et al., 2023; AFONSO et al., 2024).

Assim, quando abordados sobre crenças espirituais e/ou religiosas, os pacientes se sentem respeitados e acolhidos, o que também corrobora a adesão ao tratamento, uma vez que, independentemente do tipo de câncer, o estresse gerado pelo estigma e prognóstico duvidoso pode dificultar a trajetória. Evidências são apontadas nesse contexto, as quais sugestionam as escolhas e desfechos relacionados à saúde, além de influenciarem na qualidade de vida, tornam-se uma maneira de lidar com os desafios, minimizando sintomas como depressão, ansiedade e angústia (PUCHALSKI et. al., 2020; VIANA et. al., 2022).

Conceitualmente, espiritualidade está ligada àquilo que transcende o Ser, a busca pelo vínculo/contato com o Sagrado, que é imaterial e traz sentido para a vida de forma intrínseca. Religião é a busca da espiritualidade por meio de cultos, práticas e rituais específicos, em comunidade (PUCHALSKI et al., 2020, SILVA et al., 2019).

Valorizar, integrar e compreender a E/R dos pacientes oncológicos em CP é algo indispensável (INCA, 2022). Todavia, para criar o constructo do cuidado

espiritual, o profissional deve estar disposto a entender a essência do cuidado e reconhecer a E/R como algo inerente à alma humana. Logo, englobar a E/R como parte fundamental do processo saúde-doença é interligar a prática clínica assistencial às evidências e teorias que a embasam (DIAS et al., 2023; AFONSO, et al., 2024).

No campo da Enfermagem, destaca-se a Teoria do Cuidado Unitário de Jean Watson, que vincula a assistência espiritual como algo integrado ao biológico, defendendo a ideia de conexão entre corpo-mente-alma ao longo dos paradigmas teóricos. No contexto dos CPs oncológicos, pode-se realizar uma aproximação ao terceiro paradigma que corresponde ao processo *Clinical Caritas-Veritas* (WATSON, 2018). Nesse, há a menção à compaixão, à fé-esperança, ao eu-transpessoal, à nutrição das conexões, ao perdão, equilíbrio e à abertura aos mistérios existenciais da vida e da morte. Tais elementos vão ao encontro das necessidades espirituais comumente relatadas por pacientes em palição e podem favorecer o enfrentamento das situações vivenciadas (WATSON, 2018; CAXIAS et al., 2023; EVANGELISTA, et al., 2022; FILHO, 2022; FLORIANO et al., 2020).

Considerar a promoção da assistência de enfermagem a partir da teoria implica compreender que a ciência do cuidado é complementar à cura, a qual, ocasionalmente, pode não ser possível (EVANGELISTA et al., 2022).

O Cuidado Transpessoal emerge do fundamento de “dar e receber vida” pela perspectiva *caritas* de estar efetivamente presente, a partir da fenomenologia, para que aconteça o *healing* (restauração) de todos os envolvidos. Entende-se que, quando o profissional considera dimensões da vida e da morte, experimenta o infinito de forma transcendente e transpessoal, apto para prestar assistência lídima ao ser cuidado (WATSON, 2018; TONIN et al., 2020).

Assim, emergiu como pergunta norteadora: como os pacientes oncológicos em CP significam a E/R frente ao momento vivido? Dessa forma, objetivou-se compreender os significados de E/R para pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica à luz da Ciência do Cuidado Unitário.

METÓDO

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, que seguiu as recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para elaboração do seu método de pesquisa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética de uma Universidade Pública de Minas Gerais (CAAE: 74792123.3.0000.5147) sob parecer 6.559.131, em 06 de dezembro de 2023.

O cenário de pesquisa utilizado foi um Serviço de Atenção Domiciliar público de Minas Gerais. A ambientação no cenário de estudo se deu através de visita programada ao serviço, a fim de conhecer a infraestrutura local, compreender os processos de trabalho relacionados à intenção de pesquisa bem como realizar a apresentação pessoal da pesquisadora à equipe multidisciplinar.

A fase de campo foi realizada por uma enfermeira oncológica não atuante no serviço escolhido, mas com experiência prévia no cuidado de pacientes em tratamento quimioterápico e/ou em cuidados paliativos.

A triagem de elegibilidade ocorreu com 30 participantes, sendo 18 recusas de participação por óbito, instabilidade clínica ou simplesmente recusa por acharem a temática sensível. A amostra ocorreu por conveniência, desenvolvendo-se com 12 pessoas, gradualmente escolhidas e entrevistadas até saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011).

O período de coleta de dados aconteceu de dezembro de 2023 à março de 2024.

Para isso, foram definidos como critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, independentemente do sexo, e ser paciente oncológico em cuidado paliativo na atenção domiciliar, na modalidade AD2. Os critérios de exclusão incluíam disartria/afasia ou qualquer empecilho que comprometesse a cognição ou a clareza das ideias.

O contato telefônico com os potenciais participantes foi realizado logo após a admissão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e o registro dos dados no Departamento de Internação Domiciliar - 7 (DID7), com o objetivo de apresentar os propósitos do estudo. Vale destacar que o cuidador familiar era quem atendia as ligações e decidia sobre a autorização dos encontros. Acredita-se que a delicadeza do tema, relacionado a uma doença que ameaça a vida — considerando que os cuidados paliativos ainda são majoritariamente oferecidos a pacientes em fase terminal —, pode ter influenciado a decisão de consentir ou não a participação, já que os responsáveis frequentemente associavam a discussão do tema à morte iminente.

Os objetivos da pesquisa e a apresentação da pesquisadora foram comunicados inicialmente por telefone (para os cuidadores) e apresentados durante o encontro presencial. Não houve qualquer vínculo preestabelecido entre a entrevistadora e os participantes antes das entrevistas, e também não foram fornecidas orientações prévias. No entanto, a entrevistadora precisou assumir o papel de esclarecedora sobre o tema para garantir uma melhor compreensão.

Mediante os aceites e conforme disponibilidade, o encontro ocorreu em data e horário agendados, sempre no domicílio do entrevistado. Antes de conduzir a entrevista, a fim de respeitar a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/12, a pesquisadora entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, lia-o em conjunto para garantir melhor compreensão e, em seguida, recolhiam-se as assinaturas (BRASIL, 2012).

Houveram também outros desafios, como senescência e senilidade, compreensão limitada sobre espiritualidade e religiosidade, além do fato de haver pacientes que desconheciam o diagnóstico de câncer. Diante disso, foi necessário simplificar e adaptar o máximo possível de elementos para uma linguagem coloquial, a fim de facilitar o entendimento dos participantes e superar barreiras socioculturais. A pesquisadora utilizou recursos como escuta ativa, empatia, compaixão e paciência durante esse processo. No caso dos pacientes que não tinham conhecimento do diagnóstico, foram empregados termos como "período de adoecimento" ou "doença" para se referir ao câncer.

Além disso, questões relacionadas à condição física dos pacientes também dificultaram as entrevistas, já que, em fase terminal, muitos enfrentaram intercorrências clínicas ou vieram a óbito antes ou até mesmo no dia agendado para a entrevista. Todas as entrevistas contaram com a presença de familiares e não foram repetidas ou devolvidas para correção, em razão das circunstâncias mencionadas.

A coleta de dados aconteceu através de levantamento de dados e entrevista. O primeiro compreendeu a obtenção de informações pessoais dos pacientes registrados e de dados clínicos e sociodemográficos.

Já o segundo procedimento, a entrevista, deu-se através de um roteiro semiestruturado, dividido em duas partes. Na primeira, havia perguntas acerca dos aspectos sociodemográficos como a idade, cidade de origem, estado civil, escolaridade, cor, número de filhos e renda familiar; e clínicos, como a patologia principal e história pregressa, tempo de adoecimento, tratamentos prévios, tempo de acompanhamento paliativo, cuidador principal e se sabiam o motivo de estarem nessa situação. Agregadas a este aspecto, havia questões envolvendo religião, crença e espiritualidade. Na segunda parte, perguntas abertas auxiliaram a responder o fenômeno em estudo, tais como: "em relação ao tempo que você está em internação domiciliar, a E/R se fez presente em sua vida? Como foi essa vivência?" e "Quais os significados da E/R na sua vida, pensando no momento em que você está vivendo?".

Para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se um pseudônimo de código alfanumérico representado pela letra “P” seguida por um número que corresponde à ordem cronológica dos encontros (P1, P2, P3, P4, ...).

As entrevistas foram registradas em formato eletrônico para assegurar transcrições mais precisas posteriormente. Em vista da consideração das subjetividades e de possíveis implicações acerca da temática e consequente produção de emoções ao ouvir os áudios das entrevistas, optou-se por não enviar o conteúdo das mesmas para revisão. O diário de campo permitiu a anotação de expressões não verbais, considerando a variedade de modos de comunicação, incluindo palavras, escuta e silêncio.

Na etapa de análise dos depoimentos, foram seguidos os três passos do método fenomenológico de Husserl (PADOIM et al., 2018): descrição da experiência, por meio da redução fenomenológica (o pesquisador realizou a transcrição dos áudios, buscando ouvir com detalhes e rememorar o encontro existencial com os participantes focando na suspensão de suas crenças e juízos de valor de modo a se ater ao fenômeno em estudo); exploração do material descrito (o pesquisador realizou escutas repetidas e leituras atentas, de modo a orientar a construção das Unidades de Significação (US) por meio da identificação de quais partes poderiam ser suprimidas sem comprometer a essência na descrição do objeto); por fim, direcionamento da consciência para o objeto da experiência/vivência, que consiste em descrever a compreensão dos participantes, revelando sua intencionalidade.

A conclusão da etapa de campo foi realizada com base no critério de saturação dos dados, quando, durante a análise aprofundada do material empírico, não surgiram novos significados (FONTANELLA et al., 2011).

Destaca-se que todos os entrevistados evoluíram a óbito durante a escrita deste trabalho.

RESULTADOS

Doze participantes oncológicos em cuidados paliativos compuseram este estudo, sendo oito homens e quatro mulheres, com média de idade de 70 anos. Em relação à cor, sete se autodeclararam brancos; e cinco, negros. Acerca do estado civil, sete eram casados; três, viúvos; e dois, divorciados. Sete possuíam de um a dois filhos, enquanto cinco possuíam mais de três. Quanto à escolaridade, a maioria possuía apenas o ensino fundamental completo e com renda familiar entre um e dois salários mínimos.

O diagnóstico predominante foi CA de fígado (3), seguido de CA de próstata (2), mielomas múltiplos (2) e linfoma Não Hodgkin (1), CA de estômago (1), CA de pulmão (1) e CA vulva (1), respectivamente. Do total, dez participantes realizaram pelo menos uma modalidade de tratamento, enquanto dois entraram no serviço diretamente nos cuidados paliativos. A média do tempo de adoecimento foi de 21 meses desde o diagnóstico até a data da entrevista.

Em relação à E/R, sete participantes se identificaram como religiosos, três não se consideraram religiosos, e dois não souberam responder. Quando questionados sobre a afiliação religiosa, a maioria se declarou católica. Quatro participantes afirmaram não ter religião, mas consideraram-se espiritualizados.

Referente à importância da religião, nove declararam que a consideravam muito importante, e três a avaliaram mais ou menos ou pouco importante. A maioria afirmou possuir práticas religiosas diárias.

Quanto aos aspectos subjetivos, foi possível compreender os significados da E/R para os participantes, buscando, em sua essência (*Eidos*), trazer à luz o fenômeno em investigação. Para tal, os princípios de redução de pressupostos, intencionalidade da consciência e interdependência entre o sujeito e o mundo (PADOIM et al., 2018) foram rigorosamente observados e permitiram a construção de duas Unidades de Significação.

Compreender a importância da fé e da religião nesse momento, orar e pedir para Deus ajudar e até curar

Os entrevistados significam a importância da fé e da religião nesse momento de suas vidas e dedicam um tempo para falar com Deus, pedir ajuda e agradecer. Referem que, assim, sentem amparo, esperança, força, conforto e calma:

E sobre a religiosidade, está sendo importante para mim porque, quando está tudo bem, a gente não consegue tirar um tempo para a gente orar ou para a gente falar com Deus [...]. Agora, quando a gente está nesse momento que eu estou, a gente só pensa em Deus [...] e eu falo com Ele constante... ô Deus, por favor, me ajuda (P1).

A fé e a religião hoje para mim significam um apoio [...] eu creio que é o momento que eu busco isso e me amparo e vivo na esperança [...] tem que agradecer a Deus porque é complicado. Pedir a força de Deus para te fazer suportar. A gente vê isso no momento que a gente está sozinho, se Deus está contigo. Quando eu tenho que fazer cirurgia, eu peço a Deus que me leve, me acompanha para que eu possa fazer uma boa cirurgia, que eu faço cirurgia, que eu volte para o meu leito, normalmente, né? Que Ele faça o seu acompanhamento com a sua cura, né? (P4).

Acredito que faça presença [...] Deus ajuda, eu não brinco com Deus. Deus é muito importante para mim. A religião e a espiritualidade significam tudo. Acho que me ajuda. Não sei como, mas ajuda. Me dá força [...] (P5).

Me dá força, amparo, dá tudo [...] é importante para mim [...] porque, quando eu ia lá (na igreja), eu não sentia o que eu estou sentindo (P6).

Eu converso com Jesus, e Ele me diz “se precisar de qualquer coisa, não pede ninguém pra me pedir não, pede direto pra mim”. E eu acredito que 90% do que eu peço eu sou atendido. Eu acredito em Deus, levanto de manhã e agradeço a Deus por estar vivo e respirando. Tem sido muito importante para mim [...] Eu invoco o nome de Deus quase o dia inteiro [...] Quando eu estou com dor, é Deus que eu clamo. Ele me dá conforto e calma (P7).

Em paralelo, houve quem se dedicasse a Deus e às orações para se curar de modo restaurativo (*healing*):

Ela (espiritualidade) me faz reviver, refletir as coisas que passou e o presente de hoje, convivência de hoje, agora minha vida é outra... Agora tenho que me dedicar a Deus para me curar disso (P2).

Quando eu ajoelhava para fazer minha oração, eu sentia aquela coisa boa, Ele estava ali presente. Eu sentia aquela quentura, aquela coisa

boa, descendo no meu corpo, aquele calor, emoção, vontade de estar ali e querendo estar ali. Nesse momento, Deus agia na minha vida para curar essa doença. (P12).

Em outras expressões, houve apontamentos que refletiram a doença como determinação divina, sendo a prática religiosa um meio para pedir perdão:

Trouxe (religiosidade e espiritualidade) que eu estou no caminho certo, que tinha que ser assim mesmo. Ajuda de tudo, o grupo de pessoas, entidades... acho que estou sendo bem forte [...] e conseguir (P3).

A religião não dá força, o que dá força é o nosso Deus. Por isso, eu busco Ele nas horas difíceis. Deus me deu essa enfermidade, e agora ela serve de descanso para mim (P9).

O pessoal da igreja vem toda segunda-feira trazer a hóstia, eu acho ótimo, é uma hora boa. Eu me sinto feliz e ótima nesses momentos [...] aí pede perdão a Deus pelos pecados, erros e falhas. (P11)

Crer em Deus para não pensar coisas ruins e ter fé para chegar até aqui

Os participantes significam que Deus dá força, coragem para superarem o medo e o desespero. Referem que, por vezes, pensam em coisas ruins, bobagens, sendo importante a crença em Deus para se tranquilizarem, continuarem e vencerem essa batalha.

(Deus) Está me dando forças, me dando coragem, tem hora que eu vacilo em pensar bobagem, eu estou com medo de tudo, igual hoje, eu vou no dentista e já estou com medo de ir ao dentista [...] (P1).

De noite a gente pensa tanta coisa, sai de um lugar para ir para outro para chorar. Não é fácil não [...] (P3).

Se eu perder a crença que eu tenho em Deus, acabou tudo. Ter força de vontade e crer, porque Deus fala: “você faz sua parte, que eu faço a minha” (P7).

Eu peço a Deus para amenizar os problemas que eu tenho, essa doença. Fé para eu passar por essa fase de forma tranquila, sem me desesperar

[...] (P10).

Esse momento é uma batalha, uma guerra, mas, com ajuda de Deus, a gente vai vencer. Tenho fé. Ele vai me ajudar e está me ajudando. Não sei explicar, eu só sinto no meu coração (P11).

Esse momento faz a gente refletir. Penso que Deus vai me curar e me dar a proteção. Ele vai me dar o caminho, a verdade e a fé. Para eu continuar na fé e seguir nesse caminho de Deus. Eu me apeguei a Deus e tive uma força maior (P12).

Houve menções da importância da crença e da fé em Deus para continuarem vivos:

Sem Ele eu não estaria nem aqui. Se eu não crer em Deus, eu vou crer em quem? (P2).

Só de eu não ter morrido é questão de Deus [...] Se não fosse minha fé, teria acontecido “muito ruim” [...] eu não teria chegado até aqui (P5).

[...] No dia que eu saí daqui para internar, eu creio que eu não ia voltar, e aí Deus me abençoou, e eu voltei [...]. Minha fé me dá paz... porque, enquanto a gente está ouvindo aquela palavra boa, o cérebro da gente tá pensando coisa boa (P8).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados da presente investigação, foi possível inferir que o suporte religioso e espiritual é importante para que os pacientes oncológicos em CP alcancem alívio do sofrimento e consigam seguir em meio às adversidades.

Acerca da E/R, uma pesquisa realizada com enfermeiros treinados para desenvolverem CP identificou que a oração, leitura da Bíblia e a escuta ativa são compreendidas pelos pacientes como fonte de suporte, força e conforto, podendo até evitar o uso de medicamentos (EVANGELISTA et al., 2022). No presente estudo, os participantes elencam que esse tempo de dedicação a Deus, através de práticas como as mencionadas, revelou-se como essencial e significativo, na medida em que ajuda a aliviar o sofrimento.

Nessa perspectiva, a valorização da espiritualidade pode ser um recurso essencial no enfrentamento da palição por câncer, sendo suporte e gerando esperança (BEST; VIVAT; GIJSBERTS, 2023). Nessa seara, a força espiritual e a conexão com o divino são aspectos cruciais para lidarem com dores físicas, psíquicas e sociais. Fornecem sentido, propósito e conforto, além de favorecerem a resiliência, mesmo durante momentos de intenso sofrimento (KURTGÖZ; KOÇ, 2023), fomentando a expressão de emoções através da sensibilidade, ao desenvolver e prover o cuidado por uma ótica humanística (ANTONINI et al., 2021). Dessarte, esta pesquisa reafirma os dados encontrados quando os participantes significam que a E/R ameniza a dor, tira o cansaço e os faz suportar o sofrimento. Por meio dela, ainda conseguem agradecer por receber essa fonte de força, amparo e conforto, favorecendo o *healing*.

Dessa feita, a dimensão espiritual é evidenciada como possível, passível e necessária de ser considerada no cuidado em saúde. E a Teoria do Cuidado Humano pode ser fonte e referência para a assistência de enfermeiros paliativistas, especialmente no que tange à abordagem espiritual, uma vez que Jean Watson se refere ao cuidado espiritual como “o cuidado humano essencial”, em que ocorre a integração multidimensional do que é o ser humano (WATSON CARING SCIENCE, 2024; WATSON, 2018; TONIN et al., 2017).

No seu terceiro paradigma teórico da Ciência do Cuidado Unitário, Watson (2018) oferece um caminho e se coloca como ferramenta para que o enfermeiro possa investigar, assistir e alcançar resultados de enfermagem com base em intervenções na esfera da E/R que redundem em um cuidado compassivo e, conseqüentemente,

melhor qualidade de vida (KONZEN et al., 2024; CUNHA; CARVALHO; ANASTÁCIO, 2024).

Este estudo mostrou que os participantes incumbem ao poder divino parte significativa da cura restaurativa em suas vidas, mesmo diante de uma doença fatal. Com isso, evidencia-se a ideia proposta por Watson de *healing* com multifacetadas e de aspecto transcendente. A Teoria de Watson ressignifica o verbo curar. Para a autora, *healing* é individual e deve ser pensada para além do físico, de dentro para fora, começando no campo espiritual. Por isso, acredita nesse poder curativo e reconhece que o potencial metafísico e de transcendência também deve ser incluído na prática assistencial (TONIN et al., 2017; TONIN et al., 2020; AFONSO et al., 2024). Ao incorporar *healing* transpessoal nos CPs, reconhece-se que a E/R viabiliza segurança e preparação para a morte (FLORIANO et al., 2020).

Mediante os mistérios entre vida e morte, o paciente paliativo pode enfrentar momentos de ansiedade, medo e depressão, que potencializam o sofrimento. Diante desses fatos, ao compreender que o cuidado holístico harmoniza a saúde e integra a dignidade humana, a literatura subsidia o uso de terapias adjuvantes como o exemplo do *reiki* (BILLOT et al., 2019) e da Reflexologia (CARLSON et al., 2023). Quando utilizadas, emergem relatos de redução da dor e ansiedade, aumentam-se o bem-estar e a calma, além de haver melhoria da qualidade de vida (GÖRAL TÜRKÇÜ; ÖZKAN, 2021, BILLOT et al., 2019). Ao aproximar os temas com este estudo, quando os participantes significam que é preciso crer em Deus e ter fé para chegar até aqui, percebe-se que acreditar no que não é visível, mas é sentido, gera proteção, diminui o medo e traz coragem e paz.

Portanto, a prática da Oncologia Integrativa corrobora a Ciência do Cuidado Unitário e o *Processo Caritas-Veritas* ao integrar corpo, mente e espírito através da elevação da consciência plena e valorização do espiritual (CARLSON et al., 2023; AFONSO et al., 2024).

A Teoria do Cuidado Humano de Watson ressalta a necessidade de compreender o paciente como centro do cuidado e que suas demandas devem ser atendidas de forma total e integrada (AFONSO et al., 2024) além de propor um cuidado intencional e singular a fim de viabilizar *healing* (AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2020).

Uma vez contemplados os elementos do *Processo Caritas-Veritas*, a saber, o amor-gentileza e o fato de estar aberto para a transcendência; de inspirar fé-esperança, possibilitando o desenvolvimento das crenças e honrando o subjetivo do

paciente; de reconhecer o eu-transpessoal, estando disposto e acessível à compreensão do lado espiritual; de nutrir conexões verdadeiras, ao promover a conexão entre corpo, mente e espírito; de aceitar a subjetividade sem julgamentos; de aprofundar no campo criativo do outro e valorizar a sua importância; de equilibrar, escutando o intrínseco; de cocriar o campo *Caritas*, redefinindo padrões e reconhecendo que a E/R é fonte vital; de contribuir com o serviço sagrado, ao valorizar a dimensão espiritual; de ser aberto ao infinito ao compreender que pessoas em CP vivenciam experiências transcendentais e transpessoais (TONIN et al., 2020), principalmente em seus momentos de finitude, fortalece-se o vínculo entre profissionais, pacientes e familiares, possibilitando conexões profícuas e profundas de cuidado.

Assim, quando pacientes compartilham suas visões pessoais sobre o significado da vida e da morte, elencando a importância e significância da E/R em suas realidades, estimulam o autoconhecimento e a capacidade de reflexão e análise de perspectivas (COSTA et al., 2019; AFONSO et al., 2024).

Ademais, neste estudo, os participantes expressaram que Deus “faz a parte d’Ele e, por isso, conseguem chegar até aqui”. Logo, o fato de estarem nessa árdua jornada faz parte do propósito divino para eles e, por conseguinte, creem. Portanto, ao aproximar a Teoria de Watson dos CPs, evidencia-se que é necessário que o profissional esteja disposto a ser aberto ao infinito ao compreender que pessoas em CP vivenciam experiências transcendentais e transpessoais para cuidar do sofrimento humano em sua completude (TONIN et al., 2017, TONIN et al., 2020, AFONSO et al., 2024).

Nesse ínterim, assegurar, incentivar e respeitar a E/R de pacientes em CP é uma intervenção de saúde e dever dos profissionais (EVANGELISTA et al., 2022; FILHO, 2022; FLORIANO et al. 2020; AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2020). Logo, ao aplicar a Teoria de Watson, os cuidados são fortalecidos (KURTGÖZ et al., 2021), sendo, todavia, um processo delicado por falhas na formação profissional. Dessarte, sugere-se inserir o *Processo Caritas* na capacitação de profissionais em CP (AGHAEI et al., 2020; GÖRAL TÜRKÇÜ et al., 2021; AFONSO et al., 2024). Pesquisas realizadas com estudantes de Enfermagem evidenciaram que, quando utilizados métodos de ensino baseados nos preceitos de Watson, os alunos desenvolvem maior capacidade de enfrentamento, menos ansiedade e estresse (COSTA et al., 2019; DURGUN OZAN et al., 2020).

Cabe mencionar que esse seria um cenário favorável ao refletir sobre o aumento do número de casos de DCNT, sobrevida global e necessidade de ofertar CP, até porque os elementos *Caritas* da teoria de Watson favorecem, na prática clínica, o constructo da integralidade de ações em saúde, no campo metafísico, que é do ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a E/R para pacientes oncológicos em palição é importante em meio às adversidades, além de amenizar o sofrimento, sendo fonte de força, amparo e conforto ao ajudar a perpassar esse momento. Outrossim, vincula a superação dos momentos difíceis do adoecimento à crença em Deus e que, mesmo diante da palição, conseguem agradecer, o que implica pensar na abordagem profissional da E/R como uma importante estratégia de enfrentamento.

Aproximar a Ciência do Cuidado Unitário dos CPs integra todas as dimensões do sofrimento humano ao ofertar um cuidado humanístico, principalmente perante o processo de morte. O Processo *Clinical Caritas* valoriza verdadeiramente as necessidades individuais de cada paciente e contribui no processo saúde-doença por integralizar todas as dimensões do Ser. Prover bem-estar espiritual para pacientes em CP em caráter subjetivo e singular facilita o processo do adoecimento, mesmo diante de uma doença fatal.

Desse modo, ao convergir o fenômeno investigado à luz da Teoria de Watson, pode-se inferir que a palavra cura equivale a *healing* para esses pacientes, sendo ressignificada e abrangente, e que compreende para além do sentido da biologia.

Contudo, ainda é necessário investir no processo formativo acadêmico para que profissionais de saúde recebam treinamento sobre o assunto e consigam prestar um cuidado mais eficaz, de qualidade e assertivo a pacientes em palição. Ao incorporar a E/R no cuidado clínico, a equipe oferece um atendimento mais holístico e compassivo, que atenda às necessidades humanísticas psicológicas e emocionais concomitante às necessidades físicas.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo consistem na realização da pesquisa em campo único.

CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Espera-se que esta pesquisa fomente a prática assistencial de profissionais de saúde que trabalham com pessoas em cuidados paliativos, principalmente pacientes oncológicos. Tem-se em vista que integrar a dimensão espiritual pode enriquecer e

ressignificar o processo de finitude, ampliando e disseminando o significado da palavra *healing* para os profissionais e, conseqüentemente, para os pacientes e familiares. Ademais, almeja-se que este artigo estimule os acadêmicos e profissionais a estudarem e se capacitarem para exercer tal cuidado e a desenvolverem mais pesquisas sobre o tema, para que, desse modo, possam translacionar e subsidiar o conhecimento teórico científico com a clínica.

REFERÊNCIAS

AFONSO, S. R.; PADILHA, M. I.; NEVES, V. R.; ELIZONDO, N. R.; VIEIRA, R. Q. Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Rev Bras Enferm*, v. 77, n. 2, p. e20230231, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231pt>. Acesso em: 14 out. 2024.

AGHAEI, M. H.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Watson's Human Caring Theory-Based Palliative Care: A Discussion Paper. *Int J Cancer Manag.*, v. 13, n. 6, p. e103027, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijcm.103027>. Acesso em: 10 out. 2024.

ANTONINI, M.; BELLIER-TEICHMANN, T.; O'REILLY, L. *et al.* Effects of an educational intervention to strengthen humanistic practice on haemodialysis nurses' caring attitudes and behaviours and quality of working life: a cluster randomised controlled trial. *BMC Nurs*, v. 20, n. 255, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00729-6>. Acesso em: 15 out. 2024.

BEST, M. C.; VIVAT, B.; GIJSBERTS, M. J. Spiritual care in palliative care. *Religions*, v. 14, n. 3, p. 320, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/rel14030320>. Acesso em: 14 out. 2024.

BILLOT, M.; DAYCARD, M.; WOOD, C. *et al.* Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 9, p. 434-438, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001775g>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 maio 2024. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22%2F05%2F2024&jornal=515&pagina=215&fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAab3bn-GEzBR6Pve3tN_W96xKVIWgxXNxmLfR6qXJzzjO20ZjZpVghJF73M_aem_AVTwYDTg0z0FYtR-

Lfmvk9hbDkUctil9AFWx_QjsNv9jqUgkCMtFMxrmS0PI5L9kaY7LBUaxhD3QTEe-Csw2_G2I. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CARLSON, Linda E. et al. Integrative Oncology Care of Symptoms of Anxiety and Depression in Adults With Cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 28, p. 4562-4591, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.23.00857>. Acesso em: 14 out. 2024.

CAXIAS, G. B.; COSTA, L. S. L.; SANTOS, J. G. S.; MORAES, T. M. R.; SILVA, M. J. C.; FIGUEIRA, M. C. S.; BORSOI, M. B.; NASCIMENTO, J. M. O. Intervenções de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. **Braz. J. Hea. Rev.** [Internet], v. 6, n. 2, p. 5169-5181, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57982>. Acesso em: 2 jul. 2024.

COSTA, J. R. da; ARRUDA, G. de O.; BARRETO, M. da S.; SERAFIM, D.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Cotidiano dos profissionais de enfermagem e Processo Clínico Caritas de Jean Watson: uma relação. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 11 jun. 2019; v. 27, e37744. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/37744>. Acesso em: 15 set. 2024.

CUNHA, D; CARVALHO, P; ANASTÁCIO, Z. C. A dialética da compassividade, empatia, compaixão e simpatia na prática de enfermagem: um ensaio teórico. **International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicologia**, n. 1, v. 2, p. 31-38, 2024. ISSN: 0214-9877. DOI: 10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2696. Acesso em: 24 out. 2024.

DIAS, T. K. C.; REICHERT, A. P. S.; EVANGELISTA, C. B.; BATISTA, P. S. S.; BUCK, E. C. S.; FRANÇA, J. R. F. S. Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. **Esc Anna Nery**, v. 27, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0512pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

DURGUN OZAN, Y.; DUMAN, M.; ÇIÇEK, Ö.; BAKSI, A. The effects of clinical education program based on Watson's theory of human caring on coping and anxiety levels of nursing students: A randomized control trial. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 56, n. 3, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12477>. Acesso em: 25 set. 2024.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; BATISTA, P. S. S.; DUARTE, M. C. S.; MORAIS, G. S. N.; FRANÇA, J. R. F. S.; GOMES, B. M. R. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VWgYdnZt3FGTkQPCP6pXSXw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

FILHO, P. L. M. Espiritualidade na atenção oncológica pela ótica dos enfermeiros, à luz da teoria de Jean Watson. **Rev Nursing**, v. 22, n. 285, 2022. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2545/3098>. Acesso em: 15 set. 2024.

FLORIANO, J. J.; SCHWINDEN, L. M.; DA ROSA, F. F.; ZUFFO, A.; MAYER, B. L. D. O processo de adoecer do paciente com câncer em cuidado paliativo. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 267, p. 4502-4513, 2020. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/830>. Acesso em: 02 set. 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GÖRAL TÜRKÇÜ, S.; ÖZKAN, S. The effects of reflexology on anxiety, depression and quality of life in patients with gynecological cancers with reference to Watson's theory of human caring. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 44, p. 101428, 2021. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101428. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34157494. Acesso em: 16 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2022. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2024.

KONZEN, K. M.; SANGOI, K. C. M.; SANTOS, M. S.; MENEGHETE, M. C.; CARGNIN, M. B. Relação do cotidiano da enfermagem intensivista e Processo Clinical Caritas de Jean Watson. **Enfermagem Brasil**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1345-358, 2024. DOI: 10.62827/eb.v23i1.qt21. Acesso em: 24 out. 2024.

KURTGÖZ, A.; KOÇ, Z. Effects of nursing care provided to the relatives of palliative care patients on caregivers' spiritual well-being and hope: a randomized controlled trial. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, v. 88, n. 1, p. 318-332, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00302228221124643>. Acesso em: 14 out. 2024.

PADOIM, S. M. M. et al. Pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico da fenomenologia. In: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (eds.). *Metodologias da pesquisa para Enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2011. Acesso em: 28 jun. 2024.

PUCHALSKI, C. M.; FERRELL, B.; OTIS-GREEN, S.; HANDZO, G. Overview of spirituality in palliative care. In: BLOCK, S. D.; GIVENS, J. (eds.). **UpToDate**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/2198#top>. Acesso em: 28 jun. 2024.

SILVA, G. C. N.; REIS, D. C.; MIRANDA, T. P. S.; MELO, R. N. R.; COUTINHO, M. A. P.; PASCHOAL, G. S.; CHAVES, E. C. L. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1534-1540, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31644741/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 16 ago. 2024.

TONIN, L.; LACERDA, M. R.; FAVERO, L.; NASCIMENTO, J. D.; DENIPOTE, A. G. M.; GOMES, I. M. The evolution of the Theory of Human Care to the Science of Unit Care. **Res Soc Dev.**, v. 9, n. 9, 2020. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7658>. Acesso em: 16 ago. 2024.

TONIN, L.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; FAVERO, L.; GOMES, I. M.; DENIPOTE, A. G. M. Guia para a realização dos elementos do Processo Clinical Caritas. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYDp6xcFyLzVtHM9LWQcCdr/>. Acesso em: 16 ago. 2024.

VIANA, S. F. S.; SOUZA, I. E. O.; PAIVA, A. C. P. C.; CHAGAS, M. C.; AMORIM, T. V.; PACHECO, Z. M. L.; NASCIMENTO, R. C. N. Conceito vivido de sobrevivente ao câncer de mama: direcionamentos para cuidados de enfermagem e saúde. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet], v. 43, p. e20220095, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/127702/86546>. Acesso em: 28 jun. 2024.

WATSON CARING SCIENCE. 10 Caritas Processes. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>. Acesso em: 28 jun. 2024.

WATSON, J. *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado, 2018. Acesso em: 28 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers* [Internet]. Geneva: **WHO**, 2018 [citado 2024 jun. 28]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>. Acesso em: 15 set. 2024.

REFERÊNCIAS (DISSERTAÇÃO)

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 5. ed. **Rev. Atual. Ampl.** Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ANDRADE, J. V.; LINS, A. L. R.; Diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual padronização e implementação na prática clínica: revisão integrativa, 2021. **Revista Eixos Tech**, v. 8 n. 1. 2021. Disponível em: <https://pdl.pas.ifsuldeminas.edu.br/index.php/eixostech/article/view/183>. Acesso em: 18 jul. 2023.

ALEXANDRINO, A.; ARAÚJO, B. G. S DE.; NETO, O. M. D. S; BRITO, D. T. F. de.; AGRA, G., COSTA M. M. L. Itinerário diagnóstico terapêutico de familiares e pessoas com doença oncológica. **Revista Enfermagem Atual In Derme [Internet]**, v. 96, n. 38, p. e-021256, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1358>. Acesso em: 12 jul. 2023.

ALVES TRAJANO, L.; SIQUEIRA, F. J. F. I.; FREIRE DE MELO, M. M.; DE CASTRO, B. L. E. Conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde sobre rastreamento de câncer. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1302>. Acesso em: 20 mai. 2023.

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 Enfermagem**. 2017; v. 38(3), p. e-58737. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/L84NfxSpsCVm5jxbJP3cKyQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. (2013) Caderno de Atenção Domiciliar, Volume 2, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Lei 12732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Lei 13896 de 22 de novembro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 16 mai. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 16 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

Acesso em: 29 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2439, de 08 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html.

Acesso em: 29 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

http://www.oncoguia.org.br/pub/15_oncoguia_noticias/Portaria_170.pdf. Acesso em: 29 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3535, de 02 setembro de 1998. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html. Acesso em: 29 jul. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22%2F05%2F2024&ornal=515&pagina=215&fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAab3bn-EzBR6Pve3tN_W96xKVIWgxXNxmLfR6qXJzzjO20ZjZpVghJF73M_aem_AVTwYDTg0z0FYtR-Lfmvk9hbDkUctil9AFWx_QjsNv9jqUgkCMtFMxrmS0PI5L9kaY7LBUaxhD3QTEe-Csw2_G2I. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diário Oficial da União. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2023.

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 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 16 mai. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde – 30ª Edição, 2022. MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS, 203 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual_oncologia_29a_edicao_-_junho_2022.pdf. Acesso em: 31 jul. 2023.

BIONDO, C. S.; CAFEZEIRO, A. S.; CUNHA, A. L. G. de O.; BROMOCHENKEL, C. B.; DOS ANJOS NETA, M. M. S.; YARID, S. D. Abordagem da espiritualidade na formação em saúde à luz da teoria de Viktor Frankl. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 13, 2023. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4721>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; WAGNER, Cheryl M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Acesso em: 28 out. 2023.

CAXIAS, G. B.; DA COSTA, L. S. L.; DOS SANTOS, J. G. S.; DE MORAES, T. M. R.; SILVA, M. J. C.; FIGUEIRA, M. C. e S.; BORSOI, M. B.; DO NASCIMENTO, J. M. O. Intervenções de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos.

Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 5169–5181, 2023. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57982>. Acesso em: 01 jul. 2023.

CASTÔR, K. S.; MOURA, E. C. R.; PEREIRA, E. C.; ALVES, D. C.; RIBEIRO, T. S.; LEAL, P. C. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/PptcKK77c3vLRkQyHTrVk7b/?lang=en>. Acesso em: 29 mai. 2023.

CASTRO, M. C. F; FULY, P. S. C; SANTOS, M. L. S. C; CHAGAS, M. C. Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care.

Revista Gaúcha Enfermagem, v. 42, e-20200311, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TSSc3FTFp8Wf4zgJ37bKnPs/?lang=en>. Acesso em: 18 mai. 2023.

COFEN - Resolução COFEN nº 0464/2014: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2014.

Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em: 07 jul. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 27 fev. 2025.

CORDEIRO, F.R, KRUSE, M.H.L. É possível morrer no domicílio? Análise dos cenários brasileiro e francês. **Texto Contexto Enfermagem [Internet]**, v. 28,

e20170602, 2019; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/G9vD34L8zx3YtMywtysfk7z/?lang=en>. Acesso em: 06 jun. 2023.

CORTEZ, A. C. L.; SILVA, C. R. L; SILVA, R. C. L; DANTAS, E. H. M. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira.

Enfermagem Brasil, v. 18, n. 5, p. 700–709, 2019. DA SAÚDE, M. E CÂNCER:

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, TOXICOLÓGICOS E REGULATÓRIOS. [s.d.]. Disponível em:

<https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2785>. Acesso em: 03 mai. 2023.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto /

John W. Creswell: tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DA SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Strategies adopted to ensure the rights of people with cancer in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 399–408, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35043918/>. Acesso em: 22 mai. 2023.

ESPERANDIO, M. R. G.; ESCUDERO, F. T.; FERNANDES, M. L.; PARGAMENT, K. L. Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14. **Religions**, v. 9, n. 1, p. 31, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/1/31>. Acesso em: 31 mai. 2023.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; BATISTA, P. S. S.; DUARTE, M. C. S.; MORAIS, G. S. N.; FRANÇA, J. R. F. S.; GOMES, B. M. R. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75(1), p. e20210029, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VWgYdnZt3FGTkQPCP6pXSXw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2023.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; NÓBREGA, M. M. L.; VASCONCELOS, M. F. de, & VIANA, A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5(4), e-20045. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/24260>. Acesso em: 29 ago. 2023.

FERREIRA, J. S. D.; DIAS, M. L. S.; GONÇALVES, N. N. R.; OLIVEIRA E SILVA, C. S. DE.; SIEWERT, J. S.; MAIA, R. O. Quaternary prevention in health in the perception of health professionals. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 15, p. e-11993, 2023. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11993>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FERREIRA, L. F., FREIRE, A. DE. P.; SILVEIRA, A. L. C.; MARTINS, A. P.; SÁ, H. C. A. de., SOUZA, I. S.; GARCIA, L. S. A.; PERALTA, R. S.; ARAUJO, L. M. B. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-07422, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422>. Acesso em: 19 jul. 2023.

FILHO P. L. M., Espiritualidade na atenção oncológica pela ótica dos enfermeiros, a luz da teoria de Jean Watson, 2022. **Revista Nursing**, v. 22 (285). Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2545/3098>. Acesso em: 18 jul. 2023.

FRANÇA, L. C. M.; GOMES, J. R. de.; COSTA, M. B. da.; GOMES, R. da. C.; GOMES, A. M. T.; SOUZA, K. P.; COUTO, P. L. S. Uma reflexão do papel da enfermagem na dimensão espiritual e suas implicações para a saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 14, n. 1, 2023. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3531>.

Acesso em: 18 jul. 2023.

FREITAS de., R.; OLIVEIRA, L. C. de.; MENDES, G. L. Q.; LIMA, F. L. T.; GABRIELA CHAVES, G. V. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SXfNFqgqqsjvNHg7FNwGNCf/?lang=pt>. Acesso em: 03 mai. 2023.

FLORIANO, J. J.; SCHWINDEN, L. M.; DA ROSA, F. F. dos. P.; ZUFFO, A.; MAYER, B. L. D. O processo de adoecer do paciente com câncer em cuidado paliativo. **Nursing (São Paulo)**, [S. l.], v. 23, n. 267, p. 4502–4513, 2020. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/830>. Acesso em: 30 mai. 2023.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

GLÓRIA, F. P.; TAVARES, P. E. do V.; CORIAT, J. A.; FERNANDES, R. N. L.; PORTELA, T. W. da. S. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10753, 30 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e10753.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10753>. Acesso em: 15 mai. 2023.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: **INCA**, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2023.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: **INCA**, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/ambiente-trabalho-e-cancer-aspectos-epidemiologicos-toxicologicos-e-regulatorios>. Acesso em: 03 mai. 2023.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: **INCA**, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2023.

LOURENÇO, M.; ENCARNAÇÃO, P.; LUMINI, M. J. Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. In: ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM PORTO (org.). **Autocuidado: Um foco central da Enfermagem**. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto, 2021. p. 85-98. Disponível em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39538/1/autocuidado_85-98.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

Manual de Cuidados Paliativos/Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175 p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2023.

MENDONÇA, A. B.; PEREIRA, E. R.; BARRETO, B. M. F., & SILVA, R. M. C. R. A. (2018). Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**, v. 22(4), e20180081. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MpwXnGGs8dNVwXshPznWSkf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.

MILLER, M.; ADDICOTT, K.; ROSA, W. E. Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. **Am J Nurse**, v. 1;123(2), p. 54-59, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9983559/pdf/nihms-1869573.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2023.

MONTEIRO, T. B. M.; BOREL M. G. C.; ARRIEIRA, I. C. DE O.; CARBOGIM, F. DA C.; THOFEHRN, M. B.; AMORIM, T. V. Espiritualidade no cuidado ao paciente oncológico em processo de morte: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 11, p. e7393, 12 maio 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7393>. Acesso em: 31 jul. 2023.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. **Richmond, VA**: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. Disponível em: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>. Acesso em: 17 jul. 2023.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, e222519, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/sHJ97Byydsgwx8SwMxV8cXj/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

OLIVEIRA, F. F.; BOCCHI, S. C. M.; POPIM, R. C.; Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual: revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 23 (265), 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1118100>. Acesso em: 18 jul. 2023.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; MisueMatsuda, Laura. MÉTODOS MISTOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO À LUZ DE CRESWELL. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27 (2), e0560017, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Acesso em: 8 jan. 2025.

ORTIZ-MENDOZA, G.; HUERTA-BALTAZAR, M. I.; MONTOYA-RAMÍREZ, G. E.; CIRA-HUAPE, J. L.; CORREA-VIEYRA, G. Cuidados paliativos como intervenção de enfermagem em los últimos días de vida: revisión sistemática. **Sanus, Sonora**, v. 7, e289, 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100107&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2023.

PADOIN, S. M. M et al. Pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico da fenomenologia. In: LACERDA M. R.; RIBEIRO R. P.; COSTENARO R. G. S. **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2018, v. 2, p. 223. Acesso em: 18 jul. 2023.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 126–135, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJFkgTZRnL4kXxYFH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2023.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ; L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of clinical psychology**, v. 56, e.4, p. 519-543, 2000. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1). Acesso em: 25 mai. 2023.

PARGAMENT, K. I. Spirituality Integrateg Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred. **New York: Guilford Press**, ISBN 978-1-57230-844-2, 2011. Disponível em: https://psipp.itb-ad.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/Kenneth-I.-Pargament-Spiritually-Integrated-Psychotherapy_-Understanding-and-Addressing-the-Sacred-2007-The-Guilford-Press.pdf. Acesso em: 25 mai. 2023.

PRADO, R. T.; LEONE, D. R. R.; SOUZA, T. DE. M.; PEREIRA, P. B. A.; LOPES, E.D.A.S.; CASTRO, E. A. B. DE. Teoria fundamentada sobre o tornar-se cuidador de um familiar em cuidado paliativo pela atenção domiciliar. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, v. 45, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/49378/56263>. Acesso em: 07 jul. 2023.

PERKINS, JOYCE B. Watson's Ten Caritas Processes with the Lens of Unitary Human Caring Science. **Nursing Science Quarterly**, v. 34, n. 2, p. 157-167, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33749435/>. Acesso em: 04 ago. 2023.

PORDEUS GADELHA, M. I.; COSTA, M. R.; ALMEIDA, R. T. Estadiamento de Tumores Malignos-análise e sugestões a partir de dados da APAC Classification of Malignant Tumours-analysis and suggestions based on APAC data, **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; v. 51(3), p. 193-199, 2005. Acesso em: 15 mai. 2023.

PUCHALSKI, C. M.; Ferrell, B.; Otis-Green, S.; Handzo, G. Overview of spirituality in Palliative Care. BLOCK S. D.; GIVENS, J. (ed.). **UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.**, 2020. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/2198#top>. Acesso em: 14 jun. 2023.

PUENTE-FERNÁNDEZ, D.; LOZANO-ROMERO, M. M.; MONTOYA-JUÁREZ, R.; MARTÍ-GARCÍA, C.; CAMPOS-CALDERÓN, C.; HUESO-MONTORO, C. Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52(3), p. 301–310, 2020. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12550>. Acesso em: 02 jun. 2023.

REZENDE, GABRIELA. **Cuidados paliativos e reabilitação para a população oncológica adulta**: um estudo qualitativo multicêntrico com enfermeiros e terapeutas ocupacionais do Brasil e da Inglaterra. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12052022-145510/pt-br.php>. Acesso em: 02 jun. 2023.

RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O., SIQUEIRA, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71(4), p. 2072-2076, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gqdygynsbmsrrpxtkc8xphb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.

SANTOS, M. de O.; LIMA, F. C. da S. de; MARTINS, L. F. L.; OLIVEIRA, J. F. P.; ALMEIDA, L. M. de; CANCELA, M. de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 02 jun. 2023.

SILVA, A. E. SILVA, G. A.; SILVA, K. A. T. da .; SANTOS, M. F. dos .; CARVALHO, T. V.; RIBEIRO, S. A. Dor social em pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos na atenção domiciliar: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e17510513847, 29 abr. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13847>. Acesso em: 17 mai. 2023.

SILVA, A. E.; DUARTE, E. D.; FERNANDES, S. J. D. Palliative care production for health professionals in the context of home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20210030, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jPD7swy5bf8jhNVF96SzNSH/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 16 mai. 2023.

SILVA, G. C. N.; REIS, D. C.; MIRANDA, T. P. S.; MELO, R. N. R.; COUTINHO, M. A. P.; PASCHOAL, G. S.; CHAVES, E. C. L. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.6, 1534-40, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31644741/>. Acesso em: 29 mai. 2023.

SILVA, J. L. R. DA; CARDOZO, I. R.; SOUZA, S. R. DE; ALCÂNTARA, L. F. F. L. DE; SILVA, C. M. C. DA; SANTO, F. H. DO E.; CHAGAS, M. C.; PINTO, A. C. S. Transição para os cuidados paliativos: ações facilitadoras para uma comunicação centrada no cliente oncológico. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1135984>. Acesso em: 02 jun. 2023.

SILVA, M. J. S. DA.; LIMA, F. L. T. DE.; OD'WYER, G.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2017; v. 63, e. 3, p. 177-187, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322204300_Politica_de_Atencao_ao_Cancer_no_Brasil_apos_a_Criacao_do_Sistema_Unico_de_Saude. Acesso em: 20 jun. 2023.

SMITH, R. A good death. An important aim for health services and for us all. **BMJ (Clinical research ed.)**, 320(7228), p. 129–130, 2000. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7228/129>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; BRAY, F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, e. 3, p. 209–249, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

TEMPORÃO, J. G.; SANTINI, L. A.; SANTOS, A. T. C. F. DOS.; FERNANDES, F. M. B.; ZOS, W. P. Current and future challenges of the use of precision medicine in cancer diagnosis and treatment in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zDRHSHfSh7mkcCKNHxSjr8C/abstract/?lang=en>. Acesso em: 16 mai. 2023.

TONIN, Luana. Experiências alimentares no curso de vida e o desenvolvimento da identidade alimentar: um estudo qualitativo com estudantes universitários de nutrição. 2023. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/74670/R%20-%20T%20-%20LUANA%20TONIN.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 mai. 2023.

TONIN, L.; LACERDA, M. R.; FAVERO, L.; NASCIMENTO, J. D. do .; DENIPOTE, A. G. M.; GOMES, I. M. The evolution of the Theory of Human Care to the Science of Unit Care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e621997658, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7658>. Acesso em: 2 ago. 2023.

TONIN, L.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; FAVERO, L.; GOMES, I. M., DENIPOTE, A. G. M. (2017). Guia para a realização dos elementos do Processo Clinical Caritas. **Escola Anna Nery**, v. 21(4), e2017003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FYDp6xcFyLzVtHM9LWQcCdr/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

VIANA, S. F. D. S. Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: perspectivas para a saúde e Enfermagem a partir do conceito vivido. 2021. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem, PPG ENF) – Universidade Federal de Juiz de Fora**, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/13775/1/suellenfernandadesouzaviana.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

WATSON, J. Watson's Theory Of Human Caring And Subjective Living Experiences: Carative Factors/Caritas Processes As A Disciplinary Guide To The Professional Nursing Practice. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yZCPbQkVBhjq6sxxFwCftC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 jul. 2023.

Watson Caring Science. 10 Caritas Processes. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

Watson, J. (1985). *Human Caring and Human Science: A Theory of Nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. Acesso em: 29 ago. 2023.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado. Acesso em: 29 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: 15 mai. 2023.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 70. (2017). **Seventieth World Health Assembly: Geneva, 22-31 May 2017: resolutions and decisions, annexes**. World Health

Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259673> Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259673>. Acesso em: 15 mai. 2023.

APÊNDICE A – ROTEIRO ORIENTADOR DE ENTREVISTA

Aspectos para identificação e caracterização do (a) participante:

1. Código de identificação do (a) participante:
2. Duração da entrevista:
3. Data: ___/___/2024 Sexo: () F () M Idade:
4. Em que cidade você nasceu? () JF. () Outra. Qual?
5. Em relação à cor, como você se considera?
6. Estado Civil: () Casado(a) () Viúvo(a) () Solteiro(a) () Separado(a) () União Estável
7. Quantos anos você estudou?
8. Em média, qual é a renda familiar? () De um a dois salários mínimos () De três a cinco salários mínimos () Mais de seis salários mínimos
9. Quantos filhos você tem?
10. Quando ocorreu o seu adoecimento?
11. Você sabe por qual motivo adoeceu? Se sim, qual?
12. Por quais tratamentos em decorrência do adoecimento você passou?
13. Possui outros problemas de saúde?
14. Há quanto tempo você está sendo acompanhado pelo DID?
15. Quem é o seu principal cuidador(a)?
16. Você se considera uma pessoa religiosa? () Sim () Não () Não sabe
17. Em relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: () Ateu (não acredita em Deus) () Agnóstico
(acredita que Deus ou o absoluto é inacessível ao homem) () Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus ou na espiritualidade, mas não pertence a nenhuma religião) () Católico () Evangélico () Espírita () Outra. Qual?
18. Qual é a importância da religião para você? () Nem um pouco () Pouca () Mais ou menos () Muita
19. Quanto tempo você se dedica para as suas práticas religiosas individuais? () Nunca () Raramente () Todos os dias () Semanalmente () 2-3 x/semana () 1 x/ mês
20. Em relação ao tempo em que você está em internação domiciliar, a religiosidade/espiritualidade se fez presente em sua vida? Como foi essa vivência?
21. Quais são os significados da religiosidade e espiritualidade na sua vida, pensando neste período que está vivendo?
22. Deseja falar mais alguma coisa?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa “Espiritualidade e religiosidade de pessoas em cuidados paliativos por doença oncológica na Atenção Domiciliar”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é entender como os pacientes oncológicos em cuidados paliativos enfrentam os desafios e momentos de estresse que a doença traz e se a espiritualidade atua como um fator positivo ou negativo nesse enfrentamento, de modo a mostrar a importância do cuidado espiritual na Enfermagem. Nesta pesquisa, pretendemos avaliar o *coping* religioso/espiritual (CRE) de pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar; e compreender os significados de religiosidade/espiritualidade para pacientes em palição por câncer na Atenção Domiciliar.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: será realizada uma entrevista gravada em mídia eletrônica, e, posteriormente, suas respostas serão analisadas. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: fragilização emocional, devido à exposição das emoções durante os momentos das entrevistas e exposição da identidade dos participantes. Todavia, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, a entrevista será interrompida diante de qualquer desconforto, com posterior retomada no momento mais apropriado. Além disso, será adotado um código alfa numérico para cada participante, durante toda a etapa de campo, análise e apresentação dos resultados.

A pesquisa pode proporcionar a você a livre expressão de significados e sentimentos, sendo ouvido em sua singularidade. Além disso, dar voz a quem vivencia o que desejamos investigar auxilia na sensibilização e reflexão por parte dos profissionais de saúde e, em especial, os de Enfermagem, em torno da compreensão de como os pacientes oncológicos paliativos enfrentam o estresse vivenciado, com o apoio da religiosidade/espiritualidade.

Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). O pesquisador não vai

divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido esse tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do Pesquisador Responsável: Enfermeira Mestranda Thamara Aquino Duarte
Campus Universitário da UFJF. Faculdade de Enfermagem/Departamento de
Enfermagem Aplicada. CEP: 36036-900

Fone: (32) 9 8866-9274| E-mail: thamaraaquarte@gmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____

ANEXO B – ESCALA SRCOPE 14¹

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Nesse momento, pense na situação de estresse que tem vivenciado nos últimos tempos, em decorrência do seu adoecimento. Descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima: (1) nem um pouco; (2) um pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) muitíssimo.

Quando, em algumas perguntas, for utilizada a palavra Deus, por favor, responda em termos do que ela significa em seu próprio sistema de crença (aquilo em que você acredita), seja religioso, espiritual ou pessoal.

Não há opção certa ou errada. Marque somente uma alternativa em cada questão. Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe questões sem respostas!

1. Procurei uma ligação maior com Deus. (1) (2) (3) (4) (5)
2. Procurei o amor e a proteção de Deus. (1) (2) (3) (4) (5)
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva. (1) (2) (3) (4) (5)
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus. (1) (2) (3) (4) (5)
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação. (1) (2) (3) (4) (5)
6. Pedi perdão pelos meus erros ou pecados. (1) (2) (3) (4) (5)
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas. (1) (2) (3) (4) (5)
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado. (1) (2) (3) (4) (5)
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé. (1) (2) (3) (4) (5)
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar. (1) (2) (3) (4) (5)
11. Questionei o amor de Deus por mim. (1) (2) (3) (4) (5)
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado. (1) (2) (3) (4) (5)
13. Cheguei à conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer. (1) (2) (3) (4) (5)

14. Questionei o poder de Deus. (1) (2) (3) (4) (5)

Obrigada por participar!

1 ESPERANDIO, M. R. G.; ESCUDERO, F. T.; FERNANDES, M. L.; PARGAMENT, K. L. Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14. *Religions*, v. 9, n. 1, p. 31. Curitiba-PR. Setembro de 2018.