

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA

A DIMENSÃO ESPIRITUAL DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS
CUIDADORES DE UMA COMUNIDADE COMPASSIVA DE FAVELA: estudo de método
misto

RIO DE JANEIRO
2024

Marcela Teixeira de Souza

A DIMENSÃO ESPIRITUAL DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS
CUIDADORES DE UMA COMUNIDADE COMPASSIVA DE FAVELA: estudo de método
misto

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Liana Amorim Correa Trotte

RIO DE JANEIRO
2024

CIP - Catalogação na Publicação

S729d Souza, Marcela Teixeira de
A dimensão espiritual de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma comunidade compassiva de favela: estudo de método misto / Marcela Teixeira de Souza. -- Rio de Janeiro, 2024. 87 f.

Orientadora: Liana Amorim Correa Trotte.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Espiritualidade. 2. Cuidados Paliativos. 3. Áreas de Pobreza. I. Trotte, Liana Amorim Correa, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcela Teixeira de Souza

A DIMENSÃO ESPIRITUAL DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS
CUIDADORES DE UMA COMUNIDADE COMPASSIVA DE FAVELA: estudo de método
misto

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio de Janeiro como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Liana Amorim Correa Trotte

Aprovada em:

Profª. Dra. Liana Amorim Correa Trotte
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos
Universidade Federal de Santa Catarina

Alexandre Ernesto Silva
Universidade Federal de São João del Rei

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, muitas vezes está relacionado à não aceitação, aos questionamentos e ao sofrimento espiritual pelas pessoas acometidas. Na perspectiva de alcançar mais dimensões do cuidado humano, a aplicação da espiritualidade e/ou religiosidade pode proporcionar sentido, integralidade do cuidado, qualidade de vida e influenciar na relação dos pacientes com seus cuidadores. Acredita-se que nos indivíduos vulnerados, que sofrem diante da carência de recursos e cuidados, afetados devido a privação, pobreza e desigualdade social, pode ter essa dimensão do cuidado menos desenvolvida, dado as condições que os cercam. **Objetivos:** O objetivo geral foi analisar a espiritualidade e a religiosidade de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores em uma Comunidade Compassiva de favela e os específicos foram: descrever a percepção dos pacientes em cuidados paliativos sobre a espiritualidade e a religiosidade em uma Comunidade Compassiva de favela, verificar a espiritualidade e a religiosidade por meio de escalas validadas de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de Comunidade Compassiva de Favela. **Método:** Estudo de métodos mistos, com estratégia paralelo convergente. A pesquisa qualitativa foi do tipo exploratório-descritiva e o estudo quantitativo foi representado por uma abordagem transversal e descritiva, sendo realizada nos meses de novembro de 2022 a abril de 2023. A amostra foi constituída por 29 participantes, distribuídos entre pacientes (14) e cuidadores (15) de duas favelas da cidade do Rio de Janeiro. Na coleta dos dados qualitativos, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado e na coleta quantitativa, três instrumentos: um questionário de caracterização dos participantes; a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade e a Escala de Religiosidade de Duke. Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se da estatística descritiva e inferencial pelo uso do teste do Qui quadrado com o programa R e na qualitativa realizou-se análise de conteúdo proposta de Bardin, com auxílio do *software* IRAMUTEQ, na fase de codificação. **Resultados:** A integração dos dados possibilitou a compreensão de que pacientes e cuidadores, por meio de práticas espirituais diárias, promovem seu bem-estar físico, mental e espiritual. Além disso, a progressão da doença do paciente e o aumento da necessidade de cuidados pelos cuidadores, contribuiu para a baixa frequência de idas aos templos religiosos. Contudo, ambos os grupos de participantes mantêm sua dedicação às atividades religiosas, como rezas e leituras bíblicas, o que demonstra a conexão diária com a prática da espiritualidade e com a religião. **Conclusão:** Observa-se que as práticas espirituais dos pacientes vulnerados e seus cuidadores, representam ser ferramentas fundamentais para o alívio do sofrimento físico e emocional e que o processo de adoecimento impacta no nível de religiosidade dos participantes. Além disso, verificou-se que a realização de um cuidado espiritual, a partir da valorização da subjetividade, do respeito e da atenção às crenças religiosas e espirituais dos indivíduos, pode contribuir para proporcionar o equilíbrio entre corpo, mente e alma, especialmente nos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Cuidados paliativos; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of a life-threatening illness is often related to non-acceptance, questioning, and spiritual suffering by the affected individuals. In the perspective of encompassing more dimensions of human care, the application of spirituality and/or religiosity can provide meaning, holistic care, quality of life, and influence the relationship between patients and their caregivers. It is believed that in vulnerable individuals, who suffer due to lack of resources and care, affected by deprivation, poverty, and social inequality, this dimension of care may be less developed given the conditions that surround them. **Objectives:** The general objective was to analyze the spirituality and religiosity of patients in palliative care and their care in a Compassionate Community in a favela and the specific ones were: To describe the perception of patients in palliative care about spirituality and religiosity in a Compassionate Community in a favela, verify spirituality and religiosity through validated scales of patients in palliative care and their caregivers from Compassionate Community in a favela. **Method:** Mixed methods study, with a parallel convergent strategy. The qualitative research was exploratory-descriptive, and the quantitative study was represented by a cross-sectional and descriptive approach. The sample consisted of 29 participants, distributed among patients (14) and caregivers (15) from two slums in the city of Rio de Janeiro. In the qualitative data collection, a semi-structured interview guide was used, and in the quantitative collection, three instruments: a participant characterization questionnaire; the Spirituality-Related Attitudes Scale, and the Duke University Religion Index. Data analysis utilized descriptive and inferential statistics using the Chi-square test via the R program for quantitative data, while qualitative analysis followed Bardin's content analysis proposal, aided by the IRAMUTEQ software in the coding phase. **Results:** Data integration facilitated the understanding that patients and caregivers, through daily spiritual practices, promote their physical, mental, and spiritual well-being. Furthermore, the progression of the patient's illness and the increasing need for caregiver support contributed to the low frequency of visits to religious temples. However, both participants maintain their dedication to religious activities, such as prayers and Bible readings, demonstrating their daily connection to the practice of spirituality through religion. **Conclusion:** It is observed that the spiritual practices of vulnerable patients and their caregivers are fundamental tools for relieving physical and emotional suffering, and that the process of illness impacts the level of religiosity of the participants. Additionally, it was found that the provision of spiritual care, based on the appreciation of subjectivity, respect, and attention to individuals' religious and spiritual beliefs, can contribute to achieving balance between body, mind, and soul, especially in palliative care.

Keywords: Spirituality; Religiosity; Palliative care; Social vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma: Procedimento para a coleta de dados.....	27
Figura 2- Classes semânticas e suas relações a partir do <i>software</i> IRAMUTEQ.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Aspectos a serem considerados no planejamento do estudo misto.....	19
Quadro 2: Integração entre os resultados quantitativos e qualitativos.....	43

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....32
- Tabela 2-** Avaliação da espiritualidade dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela considerando a escala de espiritualidade ARES. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....33
- Tabela 3-** Efeito significativo entre a espiritualidade e as características sociodemográficas dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....35
- Tabela 4-** Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com cada pergunta da escala de religiosidade de Duke e a correlação com o tipo de religiosidade. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....36
- Tabela 5-** Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com cada tipo de religiosidade da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....37
- Tabela 6-** Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com a associação entre a sua religiosidade e o seu perfil sociodemográfico. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ARES- Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade

CAAE- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CC- Comunidade Compassiva

CP- Cuidados Paliativos

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IRAMUTEQ - “Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires”

OMS- Organização Mundial de Saúde

R- *A language and Environment for Statistical Computing*

RO- Religiosidade organizacional

RNO- Religiosidade não organizacional

RI- Religiosidade intrínseca

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI- Unidades de Contexto Iniciais

UCE- Unidades de Contexto Elementares

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSJ- Universidade Federal de São João del Rei

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 BASES CONCEITUAIS	18
3.1 Espiritualidade na saúde.....	18
3.2 Religiosidade na saúde	21
3.3 Bem-estar espiritual na saúde	23
3.4 Comunidades Compassivas	25
4 MÉTODO	28
4.1 Natureza da pesquisa	28
4.2 Cenário da pesquisa	30
4.3 População e amostra.....	32
4.4 Instrumentos para coleta de dados	32
4.4.1 Etapa quantitativa	33
4.4.2 Etapa qualitativa	35
4.5 Procedimento de coleta de dados	35
4.6 Análise dos dados.....	37
4.6.1 Etapa quantitativa	37
4.6.2 Etapa qualitativa	38
4.6.3 Etapa mista: combinação dos dados	39
4.7 Aspectos éticos	40
5 RESULTADOS	41
5.1 Resultados quantitativos	41
5.2 Resultados qualitativos	47
5.3 Integração dos dados quantitativos e qualitativos.....	51

6 DISCUSSÃO.....	55
7 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A - Questionário de Caracterização da Amostra	73
APÊNDICE B – Roteiro Semiestruturado para o Paciente	75
APÊNDICE C – Roteiro Semiestruturado para o Cuidador.....	76
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
ANEXO A - Escala de Atitudes relacionadas à Espiritualidade (ARES)	79
ANEXO B - Escala de Religiosidade de Duke.....	81
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	83

APRESENTAÇÃO

A motivação para desenvolver o tema emergiu durante o período de graduação em Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta no ano de 2019, período em que pude participar de um evento científico que abordava a Espiritualidade e Religiosidade na saúde. O interesse no tema foi se ampliando e resultou na elaboração do artigo publicado: Influências da espiritualidade e religiosidade na assistência de enfermagem a pacientes que facejam o processo morte-morrer (<https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1919>).

Durante a realização da Residência em Enfermagem Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tive a oportunidade de presenciar, em um setor intensivo, uma enfermeira abordar um paciente em cuidados paliativos. Este paciente possuía seus sintomas mal controlados; inicialmente, a abordagem da enfermeira foi questioná-lo sobre sua crença religiosa e se gostaria de uma oração, oferecendo em sequência a realização do que chamaram de uma “conversa com Deus”. Alguns minutos depois, deparei-me com aquele mesmo paciente que antes reclamava de dor, encontrando-se naquele momento calmo e contando sobre sua vida à beira leito para a enfermeira.

No mesmo ano, ingressei no Curso de Especialização de Enfermagem em Oncologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Nesse período, especialmente a realização de uma disciplina que abordava cuidados paliativos, possibilitou-me o aprofundamento e a compreensão de que essa abordagem abrange não só os pacientes, mas também os seus familiares e cuidadores.

Em 2022, a partir do meu ingresso no Curso de Mestrado nesta universidade, tive a oportunidade, por meio do convite da minha orientadora, de participar do projeto de extensão Comunidade Compassiva, realizado em duas favelas localizadas no Rio de Janeiro: Rocinha e Vidigal, cujo objetivo é acolher pessoas com doenças ameaçadoras à vida e seus cuidadores por intermédio de redes voluntárias. Esta participação possibilitou-me observar as vulnerabilidades dos pacientes em cuidados paliativos que eram assistidos em um cenário precário, no que tange às dimensões sociais, econômicas, de saúde e de segurança.

A partir do conhecimento prévio sobre espiritualidade/religiosidade e a minha inserção no projeto de extensão Comunidade Compassiva, emergiram os questionamentos: Qual será a influência da espiritualidade/religiosidade após o diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida? Os cuidadores de pacientes em cuidados paliativos priorizam seu cuidado com o apoio religioso ou espiritual?

1 INTRODUÇÃO

A espiritualidade/religiosidade, apesar de não ser um assunto amplamente discutido na prática clínica, o impacto que produz durante o processo de adoecimento e enfrentamento de uma doença ameaçadora na vida, vem sendo cada vez mais estudado na área da saúde, com pesquisas que vêm demonstrando suas repercussões no paciente, família e cuidador (Perini *et al.*, 2021; Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019; Lalani *et al.*, 2018).

De acordo com Thiengo *et al.* (2019) o panorama nacional das publicações sobre espiritualidade e religiosidade na saúde, infere que ambas podem fornecer significado à doença, diminuir o estresse, proporcionar apoio diante das dificuldades do processo de adoecimento e minimizar sintomas físicos durante a oração e a meditação.

Braga *et al.* (2011), ao destacarem sobre as teorias de enfermagem entendem que a espiritualidade é o conhecimento, o crescimento espiritual e o significado transcendente da vida. Além disso, destacam que a teórica Jean Watson conclui que a espiritualidade pode ser vivenciada de diferentes formas de acordo com a percepção de cada indivíduo, sendo capaz de ser vivenciada por crenças, experiências ou até mesmo celebrações.

A prática constante da espiritualidade, atrelada ou não à religião, pode proporcionar bem-estar espiritual a um indivíduo, permitindo, dessa forma, uma melhor aceitação da doença, a minimização de sentimentos de depressão, além de proporcionar esperança (Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019). Thiengo *et al.* (2019) corroboram ao destacar que a espiritualidade promove consolo, segurança e fortalece a conexão com os familiares.

Por sua vez, a religião é definida pelo conjunto de crenças e/ou rituais associados às práticas, doutrinas e disciplina, que podem ou não estar vinculados à uma instituição (Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019). Nesse sentido, a religiosidade ocorre mediante a prática de atividades religiosas específicas, como, orações, missas, cultos e atividades norteadas por tradições institucionais (Esperandio *et al.*, 2017).

A religiosidade pode estimular o paciente para a prática de hábitos saudáveis, proporcionar apoio social e ser protetora para o suicídio, abuso de drogas e sofrimento psicológico. No que tange ao cuidador, pode fornecer apoio para enfrentar a doença e influenciar no cuidado fornecido ao paciente (Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019; Thiengo *et al.*, 2019). Todavia, a religiosidade pode provocar sentimentos negativos, tais como, a não adesão ao tratamento integral, bem como, comprometer a crença, o senso de significado ou o propósito, promovendo a angústia espiritual (Thiengo *et al.*, 2019; Esperandio *et al.*, 2022).

Ao abordar o cuidado profissional espiritual, destaca-se que ele pode ser oferecido por qualquer um dos integrantes de uma equipe multidisciplinar de saúde como ferramenta na assistência ao paciente, fortalecendo o equilíbrio entre corpo, mente e alma. Rocha *et al.* (2018) defendem que é no cuidado da equipe de enfermagem, que os pacientes e seus cuidadores esperam e encontram vínculo, amor, empatia, compassividade e escuta ativa. Nesse contexto do cuidado, entende-se que os cuidadores são pessoas, do contexto familiar ou não, que realizam cuidados diretos, de forma contínua ou não (Cruz *et al.*, 2020). Admite-se a espiritualidade como um dos recursos necessários para fornecer um cuidado paliativo de qualidade, construir sentido diante do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, melhorar o bem-estar e proporcionar melhor compreensão diante da tomada de decisões (Esperandio *et al.*, 2020). O Manual de Cuidados Paliativos traz que os cuidados paliativos se constituem em uma abordagem que objetiva a melhora da qualidade de vida de pacientes com uma doença com risco de vida e suas famílias, por meio da prevenção e do alívio ao sofrimento físico, psíquico, social e espiritual (ANCP, 2021). Por sua vez, o enfermeiro é um dos profissionais que mais está em contato direto e constante com os pacientes em cuidados paliativos e cuidadores; tal cuidado revela ser imprescindível e deve ser oferecido a todos os pacientes e seus familiares (INCA, 2022). Nesse contexto, o diagnóstico de uma doença que compromete a continuidade da vida é relacionado, na maioria dos casos, com a não aceitação, aos questionamentos e ao sofrimento espiritual. Na perspectiva de alcançar as dimensões do ser humano a aplicação da espiritualidade pode favorecer os cuidados de fim de vida ao paciente e influenciar no cuidado oferecido pelo cuidador (Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019).

Compreendendo a necessidade de assistir ao paciente de forma integral, entendendo todas as suas dimensões, tanto os enfermeiros, como os demais profissionais de saúde, devem atuar diretamente no cuidado de pessoas com sofrimento espiritual, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança e escuta específica e qualificada, elementos os quais permitirão adquirir subsídios para compreender as necessidades espirituais do paciente (Mathew-Geevarughese *et al.*, 2019).

Por outro lado, diante da complexidade dos pacientes em cuidados paliativos e sua expressão multidimensional, os enfermeiros devem adquirir competências para assisti-los e não a doença, assim como, ampliar o cuidado para atender as necessidades da família (ANCP, 2021). Quanto a relação enfermeiro e paciente, uma revisão sistemática identificou que o cuidado deve ser realizado de forma holística, amorosa, contínua, a partir de uma comunicação terapêutica, da prática de compaixão e da integralidade do cuidado, em especial a relação da mente, corpo e alma (Batstone *et al.*, 2020). Ademais, Rogers *et al.*, (2020) abordam que para

assistir o paciente espiritualmente, os enfermeiros necessitam conhecer as suas singularidades e sofrimento e, dessa forma, auxiliar e implementar estratégias para enfrentá-lo.

Destaca-se que atualmente muitos indivíduos com doenças ameaçadoras à vida e sua família não são assistidos e não recebem o cuidado necessário de acordo com sua demanda (Rocha *et al.*, 2018). Thiengo *et al.* (2019) observaram que os profissionais de saúde se sentem inseguros e despreparados para realizar o cuidado espiritual devido a falta de domínio e de abordagem sobre o assunto no processo de formação profissional. Além disso, a não integralidade direcionada ao paciente paliativo pela equipe de saúde pode estar relacionada, também, com a própria doença, ao contexto social ou à condição socioeconômica desses indivíduos (Rocha *et al.*, 2018).

Ressalta-se ainda, que os cuidados paliativos devem ser oferecidos em todos os tipos de cenários sociais. Nesse contexto, indivíduos diretamente afetados devido à privação, à pobreza, à desigualdade social e à doença necessitam de medidas de proteção, a fim de minimizar as situações adversas provenientes da carência de recursos independentes ou governamentais (Rodrigues *et al.*, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos. Entretanto, somente 14% dessas pessoas recebem-nos e 78% dos adultos que precisam de cuidados paliativos residem em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2021).

Referente a esses países, a América Latina é constituída por problemas sociais e ambientais que impactam diretamente os direitos e a qualidade de vida da população (Schramm, 2008). Estudo recente corrobora, ao identificar que o Brasil ocupa a 3ª posição do *ranking* entre os países com prestação de cuidados do fim de vida mais inadequados e com baixa qualidade da morte e do morrer, sendo ainda considerado um dos piores países para morrer (Finkelstein *et al.*, 2021)

Nesse ínterim, considerando a necessidade de acolhimento aos pacientes em cuidados paliativos e aos seus familiares em cenários que carecem de recursos financeiros, de saúde e de educação, ações voluntárias são realizadas ao redor do mundo para ampliar o conhecimento e a prática sobre a abordagem paliativa em todos os contextos sociais (Flores *et al.*, 2018; Tompkins, 2018).

Neste contexto, apresentamos as Comunidades Compassivas, que são redes constituídas pela população local de um bairro ou de uma comunidade, que objetivam o voluntariado aos indivíduos em cuidados paliativos, seus familiares e cuidadores (Flores *et al.*, 2018). Além disso, as Comunidades Compassivas podem promover também o apoio, a continuidade, o alívio

do sofrimento e o aprimoramento nos cuidados de fim de vida, por meio de atividades pautadas na compaixão (Abel *et al.*, 2018).

Ao longo dos últimos anos, organizações ou grupos de pessoas em países, como Espanha, Canadá, Austrália, Argentina e Índia, adotaram o modelo das Comunidades Compassivas para oferecer assistência aos indivíduos com doenças ameaçadoras da vida e empregar o incentivo à comunidade local. Desse modo, buscaram proporcionar o conforto e o alívio aos sintomas de doença avançada por meio dos serviços sociais e de saúde (Flores *et al.*, 2018; Tompkins, 2018; Philip *et al.*, 2019; Kellehear, 1999).

No Brasil, no ano de 2019, professores universitários enfermeiros uniram-se a partir de atividades de projetos de extensão universitária de duas universidades federais e criaram a primeira Comunidade Compassiva na cidade do Rio de Janeiro, envolvendo as comunidades da Rocinha e do Vidigal.

O projeto baseia-se no apoio e no cuidado às pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares, por intermédio da abordagem paliativa realizada pelas equipes multidisciplinares e do incentivo da própria comunidade para realizar esse cuidado. A partir do contexto social das comunidades, a Comunidade Compassiva possibilita também desmitificar a favela como sinônimo de problema, demonstrando-a como sinônimo de união.

Perante o exposto, foi idealizado este estudo com intuito de ampliar o conhecimento mediante a realização de uma pesquisa inicial sobre espiritualidade e a religiosidade de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores no contexto de uma Comunidade Compassiva de favela

Diante disso, apresenta-se as seguintes questões de pesquisa: Os pacientes com doenças ameaçadoras à vida e seus cuidadores praticam a espiritualidade e/ou a religiosidade em seu cotidiano? Qual é a percepção dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma Comunidade Compassiva de favela sobre a espiritualidade e a religiosidade? E quais os níveis de espiritualidade e religiosidade dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma Comunidade Compassiva de favela?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a espiritualidade e a religiosidade de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores em uma Comunidade Compassiva de favela.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a percepção dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores sobre a espiritualidade e a religiosidade em uma Comunidade Compassiva de favela.
- Verificar a espiritualidade e a religiosidade por meio de escalas validadas de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de Comunidade Compassiva de favela.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 Espiritualidade na saúde

O assunto espiritualidade é conhecido como um recurso terapêutico na assistência ao paciente, no qual nos últimos anos vem sendo apresentado e cada vez mais descrito (INCA, 2022). O Instituto Nacional de Câncer (2022) afirma que a espiritualidade é a busca de cada indivíduo para entender os processos da vida, da morte e da sua conexão com o sagrado e o transcendente. Perini *et al* (2021) definem espiritualidade como uma dimensão que permite ao ser humano ser livre e consciente de si e de tudo ao seu redor, da mesma forma, que possibilita seu crescimento e o sentido da vida.

Penasiewicz *et al.* (2014) expõem que a espiritualidade é essencial a todos seres humanos e compreende o autoconhecimento, o qual possibilita serenidade, paz e vitalidade. Na mesma direção, Esperandio *et al.* (2017) mencionam em seu estudo, que esta dimensão deriva-se do espírito no qual são relacionadas as questões existenciais e de propósito, sendo encontrada por meio da arte, natureza ou práticas que proporcionem sentido à vida.

No entendimento de Pereira *et al* (2018) espiritualidade significa ir em direção a um sentido, compreendendo uma forma de buscar serenidade diante de uma doença. Os autores exemplificam, ainda, que ocorre quando o ser humano abre-se para o transcendente e para a busca de um sentido para as coisas. Desse modo, a compreensão de Pereira *et al.* (2018) corrobora com o Manual de Cuidados Paliativos (2021), destacando que a espiritualidade é evidenciada por meio da conexão consigo mesmo, com o outro e com o meio ambiente, sendo um mecanismo de reflexão e desenvolvimento pessoal.

Nessa perspectiva, esta dimensão permite que cada pessoa busque sentido e qualidade de vida de acordo com sua interioridade e emoções, como também, a permite vivenciá-la associada à uma religião ou não, sendo a qualidade do ser (Penasiewicz *et al.* 2014).

Entretanto, atualmente, ainda há a dificuldade de diferenciar a espiritualidade da religiosidade, devido a possibilidade de os dois termos estarem associados com as situações em que a prática religiosa influencia na espiritualidade de uma pessoa. Palumbo *et al.* (2022)

contribuem ao mencionar que o desenvolvimento da espiritualidade pode ocorrer por intermédio da religião e a partir do aperfeiçoamento da sua relação com o sagrado.

A fé, cujo termo aponta para a ideia de fidelidade em algo ou alguém, pode ser observada quando se acredita que alguma coisa será cumprida, sendo utilizada como ferramenta de motivação para seguir em frente diante das adversidades. Nesse contexto, pode-se permitir a compreensão em dois sentidos: o existencial que é a confiança no outro e na vida e o sentido teologal que se estrutura por meio de uma crença, porém ambas são promotoras de bem-estar (Perini *et al.* 2021). Além disso, Freitas *et al.* (2020) salientam que pela espiritualidade mediada pela fé, o paciente adquire força e mecanismos de enfrentamento diante do medo, angústia, sentimento de culpa e falta de sentido na vida.

Em um estudo realizado por Pereira *et al.* (2018) foi evidenciado também, que pela espiritualidade, o paciente pode adquirir força espiritual, vitalidade e compreensão sobre a morte. Os autores afirmam que, pessoas adoecidas, ao se sustentarem em valores espirituais, obtém força para superar os momentos de sofrimento físico, espiritual e psíquico. Benites *et al.* (2021) corroboram quando abordam que a espiritualidade é um recurso que possibilita apoiar os pacientes e seus familiares em cuidados paliativos a lidarem com a doença e suas repercussões, para manter o bem-estar espiritual, qualidade de vida e encontrar sentido em suas vidas.

A espiritualidade influencia também no conforto, bem-estar, coragem, aproximação com a família, alívio da dor e mudança de pensamento (Crize *et al.* 2018). Além disso, há também impactos percebidos na dimensão física e mental como: a redução da pressão arterial, o alívio de sintomas, a disposição a aderir a um estilo de vida mais saudável, o enfrentamento, a aceitação e a diminuição do estresse e da depressão (Penma 2021; Perini *et al.*, 2021).

A espiritualidade demonstra ser uma importante ferramenta ao lidar com as situações de finitude de vida, nas quais, perante os questionamentos e medos pelo incerto, busca-se a paz por meio da descoberta do propósito e sentido da vida. Diante do sofrimento, o paciente e o seu familiar usam a espiritualidade como forma de enfrentar as dificuldades que envolvem uma doença terminal e a utiliza como um recurso para lidar com o próprio sofrimento (Perini *et al.*, 2021; INCA, 2022).

Koenig; Campos (2013), pesquisadores no assunto, ratificam em seu livro “Espiritualidade no Cuidado com o Paciente”, numerosos estudos que ressaltam o impacto positivo da espiritualidade e da religiosidade em contextos de doenças cardíacas, câncer, AIDS (acquired immunodeficiency syndrome/síndrome da imunodeficiência adquirida), doenças neurológicas e morte.

Callaghan *et al.* (2020), Mathew-Geevarughese (2019) e Chang *et al.* (2018) descrevem que o cuidado espiritual atende as angústias decorrentes da não aceitação da doença, promove subsídios para lidar com o estresse e desespero, aumenta a felicidade, reduz a tristeza, promove a sensação de paz e uma maior tolerância aos sintomas físicos, permitindo ao paciente conforto e minimização de suas dores. Dessa maneira, entende-se como cuidado espiritual, a compreensão dos valores e problemas espirituais, a partir das necessidades do paciente (ANCP, 2021).

Destaca-se que a espiritualidade também fornece benefícios para os pacientes, cuidadores e familiares. Lalani *et al.* (2018) comprovam, em seu estudo, que a espiritualidade é uma ferramenta de enfrentamento, de minimização da dor e da angústia do cuidador. Autores salientam que os cuidadores precisam manter suas necessidades espirituais, como: positividade, gratidão e contato com Deus, para se manterem positivos, fortes e proporcionarem sua proximidade com o doente (Lalani *et al.*, 2018; Penman, 2021).

Outros autores também declaram em seus estudos que a espiritualidade proporcionou aos cuidadores crescimento pessoal e transformação, segurança e autonomia, pois muitos sentiam sentimento de culpa, medo, angústia, sobrecarga e a não aceitação da doença do seu familiar (Rocha *et al.* 2018; Selman *et al.* 2018; O'Callaghan, *et al.* 2020 2019).

Já retratando a equipe de enfermagem, pesquisa demonstra que a espiritualidade pode ser benéfica para os que assistem os pacientes (Perini *et al.* 2021). Enfermeiros, ao realizarem o cuidado espiritual, aprimoram o autoconhecimento, a autorreflexão, o crescimento profissional e possibilitam o processo de ensino e aprendizagem ao conhecerem sobre a espiritualidade e religião de cada paciente (Evangelista *et al.*, 2022).

Por sua vez, ao associar o conceito de espiritualidade com conexão e propósito, o profissional da enfermagem ao prestar o cuidado espiritual, deve-se primeiramente atender suas próprias necessidades espirituais, praticar o autoconhecimento, possuir ciência do próprio sentimento diante do cuidado e desenvolver mecanismos autoconscientes (Milller *et al.* 2023).

O Manual de Cuidados Paliativos (2021) reitera que o enfermeiro ao realizar a anamnese espiritual pode alinhar as necessidades religiosas e/ou espirituais ao plano terapêutico e colaborar para atender pedidos solicitados pelo paciente e/ou família, como os ritos de passagem. Entretanto, o despreparo profissional, a falta de clareza e o desconforto ao levantar o tema tornam-se barreiras para um cuidado de enfermagem biopsicossocial e espiritual. Leite de Melo Filho (2022) menciona que muitos sentem-se despreparados para abordar o assunto e conduzi-lo durante uma consulta.

Um estudo realizado com enfermeiras no Reino Unido demonstrou que os profissionais de enfermagem possuíam dificuldade em definir o conceito de espiritualidade e diferenciá-lo de religião (Rogers *et al.*, 2020). Este estudo vai de encontro a outro realizado no Brasil, no qual enfermeiros mencionam não aplicar a dimensão espiritual na assistência, devido à ausência de aprofundamento do assunto no seu processo de formação, o que ocasiona insegurança e despreparo (Oliveira *et al.*, 2021).

Evangelista *et al.* (2022) destacam que a sobrecarga na rotina de trabalho, a falta de tempo, a necessidade de capacitação profissional e não saber como realizar a abordagem sobre questões espirituais, são barreiras que dificultam esses profissionais no que tange a abordagem da dimensão espiritual do paciente.

Portanto, destaca-se que a espiritualidade é vivenciada como uma forma de busca pelo significado das coisas, de autonomia, de autorreflexão e de crescimento profissional e desse modo, proporciona benefícios a todos os envolvidos no cuidado espiritual, paciente, família e profissional de saúde (Rego *et al.*, 2020; Evangelista *et al.*, 2022).

3.2 Religiosidade na saúde

Diante de uma doença ameaçadora à vida, alguns indivíduos podem desenvolver e fortalecer sua religião após o diagnóstico. Essa aproximação com suas respectivas religiões pode ser potencializada pelo paciente e por seus familiares e cuidadores, sendo um subsídio de fé e esperança (Palumbo *et al.*, 2022).

Devido à complexidade do assunto, alguns autores estão estudando os impactos e adotando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a oferecer uma assistência aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares de forma integral, compreendendo suas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais (World Health Organization, 2021).

Pereira *et al.* (2018) entendem a religião como um conjunto de crenças e dogmas nos quais uma pessoa norteia a sua vida e sua conduta de forma espiritual. Perini *et al.* (2021) destacam que por meio de símbolos, rituais e doutrinas adquiridos pela religião é possível estabelecer uma relação entre o intrínseco e o transcendente.

O Manual de Cuidados Paliativos (2021) apresenta que as religiões, por meio da busca de respostas, interpretação e ressignificado, são ferramentas para o enfrentamento de situações, em especial, de dor e sofrimento. Perini *et al.* (2021) destacam que a relação entre o sujeito, o cosmo e a transcendência permitem que a religião seja utilizada como fonte transformadora.

No que tange a fé, esta é considerada um subsídio para alívio em processos de finitude e contribui como ferramenta de enfrentamento diante da subjetividade da morte. Jean Watson (2008) afirma ainda que a fé e a esperança podem promover o bem-estar, auxiliar a aceitação de informações sobre uma doença e mudar as atitudes de um paciente.

Forti *et al.* (2020) afirmam que a religiosidade poderia ser equiparada com a maneira que cada indivíduo vivencia a religião. Nesse contexto, um estudo com muçulmanas com câncer de mama demonstrou que aquelas que possuíam alto percentual de religiosidade, apresentavam melhor qualidade de vida em comparação com as que possuíam religiosidade inferior. A pesquisa apresenta que a religião auxiliou as pacientes a lidarem melhor com questões psicossociais e sintomas físicos latentes, principalmente com os efeitos adversos da quimioterapia (Zargani *et al.* 2018).

A religiosidade pode ser compreendida conforme as seguintes práticas: ir à missa, ao culto, rezar, ler a bíblia, entre outras manifestações. Pela prática da religiosidade o indivíduo possui motivação, conforto e bem-estar frente ao processo da doença, ou seja, a prática religiosa por meio de orações específicas às imagens e aos símbolos demonstra ser um subsídio para o fortalecimento da fé e uma estratégia de resiliência e enfrentamento cotidiano (Freitas *et al.*, 2020).

Koenig *et al.* (2013) expõem que indivíduos com conhecimentos religiosos são motivados a minimizar sentimentos de preocupação, depressão, a aumentar a esperança e a fortalecer a fé em diferentes cenários. Ademais, afirma que o contato com religiosos durante o processo de adoecimento, diminui os dias de internação do paciente.

Diante da iminência da morte busca-se na religião força, conforto e apoio emocional para superar as adversidades e dificuldades advindas da doença. O processo de finitude pode favorecer também alguns pacientes a aderirem à uma religião, a terem esperança e a acreditarem em milagres (Palumbo *et al.*, 2022; Penman, 2021).

Pesquisa realizada, na Austrália, com cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, demonstrou que os participantes que eram religiosos tiveram melhores pontuações de fé quando comparados aos que não possuíam alguma religião. Portanto, foi demonstrado neste caso, que o acesso e o conhecimento às práticas e às doutrinas religiosas podem influenciar a esperança e a fé do cuidador, proporcionando conforto espiritual e alívio do sofrimento (O'Callaghan *et al.*, 2020). Outros estudos, demonstraram que cuidadores e familiares que são religiosos possuem maior confiança devido ao apoio emocional, ao auxílio em momentos de estresse, a conexão com a comunidade e a satisfação com a vida, por meio de grupos religiosos (Lalani *et al.*, 2018; Palumbo *et al.*, 2022, Penman, 2021).

Entretanto, a religiosidade pode apresentar outros significados para alguns pacientes, como por exemplo, punição, abandono, despertador da consciência, arrependimento, processo natural, ou propósito (Pereira *et al.*, 2018). Portanto, ratifica-se que profissionais de saúde ao desempenhar o cuidado espiritual, devem estar livre de preconceitos, cultivar a compaixão e realizar a comunicação verbal ou não verbal, a fim de estabelecer conexão e confiança com o paciente e sua família (Miller *et al.*, 2023).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem, devido ao seu contato ativo na assistência ao paciente em cuidados paliativos, devem possuir conhecimento objetivo e subjetivo em busca da integralidade e compreender as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes e cuidadores, para promover intervenções eficazes e imparciais em prol da promoção do bem-estar espiritual (INCA, 2022).

Portanto, destacamos que a religiosidade é uma ferramenta eficaz, que auxilia os pacientes a buscar o conforto diante dos conflitos existenciais e a lidar com as doenças que os ameaçam (Perini *et al.*, 2021). Além disso, na prática clínica, deve ser apoiada pelos profissionais de saúde, caso haja a necessidade de trabalhar a espiritualidade do cliente e sua família e atender esta necessidade de forma mais acolhedora (INCA, 2022).

3.3 Bem-estar espiritual na saúde

O diagnóstico e o tratamento de uma doença podem afetar as dimensões físicas, emocionais, espirituais e sociais de um indivíduo, causando muito sofrimento (Lestari *et al.*, 2023). Pesquisas sobre a espiritualidade e seu impacto no bem-estar de pessoas com doenças ameaçadoras à vida, estão ratificando progressivamente a sua aplicabilidade como recurso terapêutico para promover qualidade de vida aos pacientes (Rego *et al.*, 2020; Lestari *et al.*, 2023).

Gomes, Bezerra (2018) reiteram que o bem-estar espiritual é conquistado quando uma pessoa encontra um propósito de vida, no qual culmina para uma sensação de completude, satisfação, estar em paz e em equilíbrio consigo, com os outros e com a natureza. Está associado pelos autores, à uma relação de transcendência, integralidade, harmonia e comprometimento com o ambiente.

Por sua vez, Mendes *et al.*, (2023) destacam algumas práticas que podem promover o bem-estar espiritual, como, religiosidade, espiritualidade, meditação, entre outras. Quanto a religiosidade, pesquisa realizada por Chen *et al.* (2021) identificou que pacientes religiosos apresentaram melhor estado de bem-estar espiritual, no qual a partir da religião, pacientes com câncer ginecológicos conseguiram lidar com o medo e com a angústia do processo da doença.

Um estudo transversal identificou que pacientes renais crônicos que apresentavam bem-estar espiritual, possuíam maior aceitação da doença e pensamento positivo com a significação de suas vidas. A pesquisa revelou, também, que a esperança, pode promover o bem-estar espiritual e auxiliar os pacientes a lidarem com o desconforto advindo do tratamento, reduzir o estresse e auxiliar no enfrentamento de situações difíceis (Li *et al.*, 2021).

Rego *et al.* (2020), evidenciaram que pacientes que são espiritualizados apresentam maior bem-estar espiritual, qualidade de vida e menos conflitos decisórios ao vivenciarem o diagnóstico de uma doença. Os resultados revelaram, em especial no que se refere a maior certeza na tomada de decisões e promoção da autonomia do paciente, os quais devem ser incentivados pela equipe de saúde. Ademais, diante do contexto dos cuidados paliativos, Esperandio *et al.*, 2020, entendem que a autonomia é prejudicada devido as situações que podem aumentar o sofrimento e prejudicar a tomada de decisões,

No Brasil, ao avaliar as relações entre bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos, Mendes *et al.* (2023) identificaram que a presença de tristeza, dispneia, ansiedade e depressão impactam diretamente no bem-estar espiritual dos pacientes. Desse modo, Chen *et al.*, (2021), ao também reconhecer tais fatores em seu estudo, confirmam a associação direta entre a espiritualidade e a saúde mental desses pacientes e os autores reiteram a necessidade de fornecer o cuidado espiritual a essas pessoas.

Uma revisão sistemática revelou que o cuidado espiritual influencia e beneficia a qualidade de vida e promove o bem-estar espiritual dos pacientes. A revisão destacou que atividades como ioga e meditação podem aliviar o estresse e proporcionar paz de espírito, assim como a terapia da dignidade ou terapia grupal podem encorajar os pacientes a expressar suas emoções positivas e negativas e melhorar o bem-estar espiritual (Chen *et al.*, 2018).

Estudos revelam que os enfermeiros ao identificar tais manifestações, devem promover o planejamento do cuidado a fim de minimizar os agravos, o impacto do bem-estar espiritual, e, conseqüentemente, na qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos (Mendes *et al.*, 2023; Rego *et al.*, 2020). Contudo, existem diferentes maneiras de pacientes alcançarem o bem-estar espiritual; e isto infere na necessidade de profissionais de saúde obterem informações referente à espiritualidade e à religiosidade dos pacientes.

Wisegrith *et al.* (2021) ratificam a importância dos cuidados espirituais e holísticos aos pacientes e seus familiares, sendo indispensável a todo o profissional que realiza cuidados paliativos. Esperandio *et al.* (2020) entendem como cuidado espiritual o auxílio proporcionado para as pessoas que vivenciam momentos difíceis pela busca de sentido, propósito, esperança e conexão.

O cuidado espiritual baseia-se no olhar atento, escuta ativa e compassiva, em busca do acolhimento às pessoas com sofrimento físico, emocional, social e espiritual (Esperandio *et al.*, 2020). Desse modo, abordar o paciente espiritualmente possibilita identificar as suas necessidades espirituais, bem como a de seus familiares a fim de encontrar significado e propósito, diante do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, por exemplo.

3.4 Comunidades Compassivas

As Comunidades Compassivas (CC) surgiram na Austrália, na La Trobe University, por meio da iniciativa do professor Allan Kellehear em promover e ampliar o acesso aos cuidados paliativos na saúde pública. Tal termo, foi definido posteriormente e caracterizado como um movimento realizado por redes de apoio à comunidade (Kellehear, 1999).

As Comunidades Compassivas, são organizadas com pessoas do mesmo espaço geográfico, comunidades religiosas, organizações, grupos de trabalho ou indivíduos que vivenciam experiências similares, que promovem o cuidado voluntário aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida e seus familiares que vivenciam o processo de morte (Abel *et al.*, 2018).

Destaca-se, que as CC, iniciam-se, desenvolvem-se e variam de acordo com as necessidades dos indivíduos locais, desde o diagnóstico da doença até a fase do luto, por meio de parcerias externas ou não e possibilitam o protagonismo da comunidade ao cuidar uns dos outros (Compassionate Communities Guide, 2018).

Kellehear (2020) reforça, ainda, que as Comunidades Compassivas são essenciais para fornecer qualidade aos cuidados paliativos, ao possibilitar um novo significado para a morte, a normalização do processo de fim de vida e a promoção de orientação à comunidade para atuar nesse cenário. Horsfall (2018) demonstra que o auxílio e apoio da comunidade, promove e estimula um relacionamento de confiança, carinho, gratidão e atitudes de reciprocidade em indivíduos de determinada região e/ou que possuem um círculo de relacionamento.

Nesse íterim, observa-se que os objetivos da Comunidade Compassiva podem estar relacionados com o conceito dos cuidados paliativos ao minimizar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual e melhorar a qualidade de vida aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida, seus familiares e cuidadores (Compassionate Communities Guide, 2018; INCA. 2022).

Diante dos benefícios aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida e aos seus familiares, tais iniciativas estão sendo realizadas em países como os da América Latina, além

da Espanha, Canadá e Índia, a fim de ampliar o acesso e proporcionar qualidade de vida a essas pessoas (Flores *et al.*, 2018; Tompkins, 2018. Philip *et al.*, 2019).

A Índia, por sua vez, foi o primeiro país a realizar o cuidado paliativo domiciliar gratuito por meio de grupos comunitários. No sul da Índia, pacientes com poucos recursos e em um contexto sociocultural precário, possuem acesso aos cuidados paliativos por meio dos voluntários locais, responsáveis pela identificação de pacientes na comunidade. Como também, por profissionais de saúde, que realizam os cuidados clínicos, baseado nas dimensões físicas, emocionais, espirituais e sociais (Philip *et. al.*, 2019).

Diante de uma prática de sensibilização de pessoas voluntárias da própria comunidade, equipes de saúde e voluntários externos é possível que se aprimore e que se fortaleça a prática compassiva para a população. Sendo assim, tal atividade possibilita atender as necessidades, por vezes negligenciadas ou nunca percebidas, de cuidado aos pacientes em estágios finais de vida (Flores *et al.*, 2018).

Correlato a essa ação, a teórica Jean Watson (2008) afirma ainda que esses profissionais ao atuarem diretamente em comunidades possuem autonomia e responsabilidades frente ao relacionamento com a população e suas particularidades culturais, econômicas e ambientais de saúde, possibilitando assim a importância de cultivar a compaixão, as habilidades e a conexão para restaurar o sagrado.

No contexto da América Latina, a vulnerabilidade humana e o acesso aos serviços de saúde estão relacionados à dimensão social e ao cenário sociocultural, demonstrando que as diferenças socioeconômicas influenciam diretamente no modo como as pessoas estão vulneráveis (Machado *et al.*, 2022).

Por sua vez, cabe destacar o Brasil, um país em desenvolvimento, o qual possui favelas, aglomerados subnormais, com alta concentração de pessoas em um cenário com escassez de iniciativas públicas, que expõem os moradores aos maiores riscos individuais e coletivos (Silva *et al.*, 2021). Destaca-se que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera os aglomerados subnormais são ocupações irregulares de terreno para habitação no qual apresenta carência de serviços públicos e é localizado em regiões com restrições à ocupação.

Sob tal ótica, o termo “vulneração” abrange situações em que o indivíduo ou a coletividade não possuem capacidade de defesa de si mesmos, por razões que independem de sua vontade, tais como condições de vida desfavoráveis, negligência ou abandono por parte das instituições públicas. Os indivíduos vulnerados são pessoas afetadas ou feridas por condições adversas e que os privam de viver minimamente uma vida digna, devido à falta de recursos suficientes próprios e/ou institucionais (Rodrigues *et al.*, 2022).

No que tange a esses indivíduos vulnerados, em cuidados paliativos, sendo sua maior concentração em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2021), torna-se perceptível a necessidade de ações a serem realizadas para minimizar as desigualdades vivenciadas por pessoas vulneradas. De acordo com Sleeman *et al.* (2019), tais países serão responsáveis por 83% do sofrimento humano por problemas relacionados à saúde, como por exemplo, neoplasias, demência e doenças cardíacas, no ano de 2060.

Outra pesquisa realizada por Santos *et al.* (2019) relata que existe um aumento esperado da população brasileira para 2040 de 31,5%, no qual a estimativa mínima de pessoas com necessidade de cuidados paliativos será de aproximadamente 1.166.279 pacientes. Nessa perspectiva, os dados sugerem que a necessidade de profissionais de saúde para cada 100 mil habitantes aumentaria de 1.734 para 2.282 (Santos *et al.*, 2019).

À vista disso, estratégias são necessárias em todos os níveis de atenção da saúde, para minimizar a falta de assistência paliativa no mundo. No Brasil, em 2018, foi publicada a Resolução nº 41 do Ministério da Saúde, a qual dispõe diretrizes sobre a organização dos cuidados paliativos de forma continuada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Entretanto, ainda não há uma Política Nacional de Cuidados Paliativos integrada às Redes de Atenção à Saúde.

No que se refere às estratégias para ampliar o acesso aos cuidados paliativos em populações vulneradas, a primeira iniciativa foi desenvolvida pelo enfermeiro e professor da Universidade Federal de São João del-Rei, Alexandre Ernesto da Silva, que iniciou os cuidados domiciliares aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida nas favelas da Rocinha e do Vidigal, localizadas na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Nesse contexto, em busca de ampliar tal ação, duas enfermeiras e professoras da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maria Gefé da Rosa Mesquita e Liana Amorim Corrêa Trotte e uma médica da rede municipal de saúde Livia Pereira Coelho, em 2019, organizaram um projeto de extensão universitária que objetivava implantar uma Comunidade Compassiva nas comunidades da Rocinha e do Vidigal.

Portanto, seguindo esse pressuposto, a responsabilidade social e o protagonismo da comunidade ao realizar ações que diminuam o sofrimento de pessoas em cuidados paliativos são essenciais, diante dos problemas de saúde que acometem essa população (Rodrigues *et al.*, 2022). Ao fornecer esse suporte, os indivíduos adquirem potencialidades para minimizar seu sofrimento e tornam-se capazes de resistir diante das condições iníquas vivenciadas (Schramm, 2008).

4 MÉTODO

4.1 Natureza da pesquisa

Foi utilizado neste estudo, o método misto para a coleta, processamento e análise das informações obtidas nesta pesquisa. O estudo quantitativo foi uma pesquisa transversal, descritiva e observacional; já a pesquisa qualitativa foi do tipo descritiva-exploratória.

O estudo transversal dá-se quando os dados são coletados em um único ponto temporal, no qual os fenômenos estudados são considerados durante um período da coleta, sendo descritiva devido ao objetivo de descrever o fenômeno de interesse. A pesquisa exploratória é realizada quando há a investigação para observar e analisar qual a causa, sua relação e a forma que o fenômeno se manifesta (Polit; Beck, 2011).

O método misto é utilizado, quando é necessário realizar a busca de dados usando elementos de abordagens qualitativas e quantitativas, concentrando os dados em um único estudo, cujo objetivo é ampliar e aprofundar sua compreensão por meio da convergência entre os métodos. Entretanto, para utilizar o método misto de acordo com seu objetivo, deve-se definir a estratégia que será utilizada, atribuir o peso proposto para os dados quantitativos e qualitativos, determinar a técnica de combinação dos dados e a teorização (Creswell; Clark, 2013; Leite *et al.*, 2021).

Creswell e Clark (2013) fundamentam as quatro (4) decisões que deverão ser realizadas no método misto. A decisão 1 refere-se ao nível de interação entre os elementos no qual eles podem ser independentes (ocorre quando os dados quantitativos e qualitativos são distintos e separados, dessa forma o pesquisador só integra os elementos na conclusão), ou podem ser interativos, (quando ocorre uma interação direta em diferentes pontos). A decisão 2 é determinar a prioridade, sendo a importância estabelecida ao método quantitativo e ao qualitativo para responder as questões. A decisão 3 é estabelecer o momento do uso dos elementos, que podem ser simultâneos (os elementos são implementados em uma única fase, concomitantemente), sequenciais (os elementos são executados em duas fases distintas) e multifásicos (o pesquisador implementa múltiplas fases durante a pesquisa). Por último, a decisão 4 refere-se a determinar onde e como serão misturadas as duas abordagens, podendo ser durante a interpretação dos dados, análise, coleta ou durante o projeto.

Desse modo, os dados podem ser combinados por fusão em que os quantitativos e qualitativos são fundidos e uma informação apoia-se na outra. Destaca-se também, que os dados são conectados, quando se utiliza as informações do primeiro elemento para nortear a coleta do segundo. Já por incorporação, o pesquisador incorpora um método secundário para apoiar o

outro método com dados principais. Por fim, deve ser estabelecido se há ou não uma estrutura teórica para nortear o estudo, conforme demonstra o Quando 1.

Quadro 1: Aspectos a serem considerados no planejamento do estudo misto

Distribuição de tempo	Atribuição de Peso	Combinação	Teorização
Concomitante	Equivalente	Integrado	Explícita
Sequencial	Quantitativo	Conectado	Implícita
-	Qualitativo	Incorporado	-

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark (2013).

À vista disso, após realizar as decisões sobre a pesquisa, define-se também a estratégia a qual será implementada ao projeto, sendo seis opções: paralelo convergente, sequencial explanatório, sequencial exploratório, incorporado, transformativo e multifásico.

Nessa perspectiva, foi escolhido o modelo paralelo convergente, no qual os dados qualitativos e quantitativos são utilizados de forma simultânea, atribuindo o mesmo peso e mantendo-os independentes durante a análise para, posteriormente, combinar os resultados (Creswell; Clark, 2013).

Portanto, o projeto convergente justifica-se pela vantagem de obter dados diferentes e complementares sobre determinado assunto, comparando e divergindo os resultados. Além disso, possibilita sintetizar os dados para aprimorar e aprofundar o entendimento sobre o tema e destacar questões significativas dos dois tipos de resultados (Creswell; Clark, 2013).

A escolha da utilização do método misto possibilitou compensar as fragilidades de uma abordagem quantitativa, em razão do contexto da pesquisa, por meio do aprofundamento das questões qualitativas. Da mesma maneira, o método quantitativo proporcionou o norteamto do pesquisador para evitar as suas interpretações pessoais (Creswell; Clark, 2013). Além do mais, ressalta-se que este método misto minimiza as fragilidades da presente pesquisa, no que se refere a amostra pequena dos dados quantitativos, no qual a pesquisa qualitativa supre essa fragilidade.

Destaca-se ainda que para a realização do presente estudo a abordagem qualitativa foi conduzida a partir do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong *et al.*, 2007); a abordagem quantitativa seguiu as diretrizes do *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von ELM *et al.*, 2007) e por fim na metodologia mista os critérios do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong *et al.*, 2019).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário para a coleta de dados foi constituído pelas comunidades da Rocinha e do Vidigal na cidade do Rio de Janeiro, consideradas pelo IBGE regiões constituídas por aglomerados subnormais.

As comunidades mencionadas são assistidas pelos projetos de extensão universitária denominados: “Comunidade Compassiva: uma proposta de engajamento social para o fortalecimento dos cuidados paliativos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)” sob a coordenação da professora Maria Gefé da Rosa Mesquita e na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) sob a coordenação do professor Alexandre Ernesto Silva. A união destes projetos de extensão denomina-se “Comunidade Compassiva Rocinha e Vidigal”.

As duas comunidades encontram-se em regiões com escassez de recursos públicos e carência de serviços de saúde e educação. Além disso, o Vidigal e a Rocinha localizam-se em áreas de violência com falta de segurança pública, carência de recursos humanos, escassez de rede de referência suficiente e difícil acesso, pelas condições do trajeto até as residências e/ou insegurança local.

A Comunidade Compassiva visa proporcionar e melhorar o acesso aos cuidados paliativos no contexto domiciliar. O projeto visa promover o acesso aos cuidados paliativos por meio de práticas de voluntariado de equipes multiprofissionais e moradores locais das duas comunidades.

A iniciativa busca desenvolver redes de apoio comunitária, incluindo as eventuais parcerias com órgãos públicos e privados, para possibilitar o acesso, minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de pessoas em cuidados paliativos em comunidades vulneradas.

A dinâmica de atuação inicia-se quando os pacientes são indicados ao projeto ou por indicação de um voluntário local ou rede de referência (Atenção Básica). Caso o paciente não atenda aos critérios de elegibilidade (cuidados paliativos predominantes ou exclusivos), o mesmo não é admitido, porém são realizadas as orientações de como buscar assistência para os cuidados paliativos precoce, caso seja necessário.

Das vagas no projeto, oito (8) são para o Vidigal e vinte (20) vagas para a Rocinha e a admissão do paciente ocorre após a visita da equipe multiprofissional. Destaca-se que o quantitativo de pacientes e cuidadores assistidos pelo projeto recebe flutuação periódica, devido a rotina de admissões, altas e óbitos que ocorrem durante os meses. Desse modo, no período da coleta de dados deste estudo, em média estavam incluídos no projeto 7 pacientes no Vidigal e 23 na Rocinha.

A partir disso, o acompanhamento do paciente e cuidador é realizado desde a elegibilidade até ao óbito. Referente aos cuidadores, o quantitativo varia de acordo com inexistência de um cuidador e/ou familiar presente no cuidado.

Ademais, existem situações em que os pacientes recebem alta, nas quais entende-se que foi minimizado o seu sofrimento físico, emocional, social e/ou espiritual e foi-lhe proporcionado qualidade de vida diante sua condição de vulnerado. Entretanto, caso haja necessidade, o paciente fica no “radar” e pode ser readmitido novamente a qualquer momento.

Dessa forma, os pacientes podem ser incluídos ao projeto a partir da localização dos que necessitam de cuidados paliativos e, juntamente com os seus cuidadores, é-lhes explicada a finalidade do projeto. Conforme o interesse do paciente e seu cuidador é realizado um agendamento para a equipe multiprofissional verificar a elegibilidade e possível admissão ao projeto.

Ressalta-se, que todos os voluntários locais antes de iniciarem suas atividades recebem treinamento básico sobre os cuidados paliativos e a finalidade do projeto. Ademais, os profissionais integrantes do projeto promovem ações de educação em saúde por meio de recursos didáticos, palestras e cursos, que ocorrem uma vez por mês para toda a equipe.

Dispõe como integrantes:

- **Voluntários moradores locais:** moradores locais das comunidades que proporcionam o vínculo entre os pacientes e seus cuidadores e os profissionais de saúde que atuam no projeto. Os voluntários das comunidades realizam visitas domiciliares, identificam as necessidades e mantêm o contato periódico com os pacientes em cuidados paliativos e suas famílias.
- **Voluntários profissionais:** constituídos por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Os profissionais unem-se, formando equipes multidisciplinares que realizam visitas domiciliares mensais oferecendo atendimento, suporte e serviços de tele monitoramento;
- **Voluntários externos:** pessoas que não oferecem o cuidado voluntário por meio de ações diretas aos participantes do projeto, porém fornecem suporte mediante a disponibilização de recursos que auxiliam nas demandas de origem material.

Após as visitas domiciliares pela equipe de saúde, ocorre uma reunião com todos os profissionais e voluntários locais para o debate dos casos clínicos e plano de cuidados. Confirmada a elegibilidade, os pacientes e seus cuidadores são acompanhados pelos voluntários e pela equipe multiprofissional.

Mensalmente são realizadas novas visitas domiciliares aos participantes atendidos pelo projeto para o acompanhamento e controle dos sintomas e evolução da doença.

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta pelos pacientes com doenças ameaçadoras à vida e seus cuidadores principais que integram os projetos de extensão da UFRJ e UFSJ. A seleção dos participantes para estudo, deu-se por amostragem de conveniência.

Destaca-se que os tipos de diagnósticos presentes nos pacientes inseridos no projeto no momento da coleta e que foram submetidos à entrevista foram: polineuropatia alcoólica, fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca, adenocarcinoma de cólon com metástase para o fígado, câncer de mama com metástase para pulmão, garganta, pele e abdome, doença arterial obstrutiva periférica, câncer de reto, câncer de pulmão e câncer de colo de útero com metástase hepática e peritoneal.

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa foram: pacientes e/ou seus cuidadores atendidos pelo projeto, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram a presença de deterioramento das condições clínicas que ocasionassem prejuízos no conforto do paciente e/ou seu cuidador, como, fadiga, dislalia, dispneia, dor mal controlada e outros sintomas. Assim como, problemas psiquiátricos previamente diagnosticados, foram considerados: problemas de fala e de audição que interferissem na realização da dinâmica de coleta de dados.

Portanto, ao que se refere a quantidade de participantes do estudo, tanto na abordagem quantitativa como na qualitativa o quantitativo foi assemelhado, sendo 14 pacientes e 15 cuidadores.

Além disso, destaca-se que nove pacientes foram excluídos por apresentarem pelo menos um dos critérios de exclusão e dois recusaram-se a participar da pesquisa. Todos os cuidadores foram incluídos e aceitaram esta participação.

Para a descrição das entrevistas foram utilizados os seguintes identificadores: “P” para pacientes e “C” para cuidadores, além das iniciais dos participantes.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Foram aplicados quatro instrumentos aos participantes do estudo, sendo: a Ficha de caracterização (APÊNDICE A), a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) (ANEXO A), a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) (ANEXO B) e o Roteiro de

entrevista semiestruturado (APÊNDICES B E C). Estes instrumentos estão descritos na sequência, conforme a ordem apresentada neste parágrafo.

4.4.1 Etapa quantitativa

- **Ficha de Caracterização**

A Ficha de caracterização da amostra, apresentou perguntas, a fim de traçar o perfil dos participantes, que envolviam: idade, sexo, nível de escolaridade (ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto e ensino superior completo e incompleto), renda (sem renda, até 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos e mais de 3 salários mínimos), religião (católica, evangélico, umbanda, candomblé, espiritismo e outros), estado civil (solteiro, casado, união estável e viúvo) e relacionadas ao diagnóstico (qual o diagnóstico e há quanto tempo recebeu o diagnóstico).

- **Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES)**

Escala desenvolvida no contexto brasileiro, no idioma português, validada e analisada por meio de análises psicométricas apropriadas. Apresentou boa reprodutibilidade e consistência interna, coeficiente alfa de Cronbach de 0,98. No que se refere, à validade concorrente, a ARES apresentou correlação significativa com outras escalas, como o Índice de Religião de Duke ($\rho = 0,90$), escala que também foi utilizada no presente estudo. Foi submetida à avaliação de juízes, estudantes de medicina e população de religiosos. Ademais, encontra-se disponível para uso livre para a utilização em outras pesquisas. A referida escala possui como objetivo avaliar a espiritualidade dos indivíduos (Braghetta *et al.*, 2021).

O motivo da escolha foi por atender aos objetivos propostos no presente estudo, permitindo sua aplicabilidade aos pacientes e seus cuidadores, como também, a possibilidade de diminuir o viés de interpretação, pois a referida escala foi desenvolvida no contexto brasileiro, com participantes de um país de média a baixa renda, a qual possibilitou aproximação com o estudo. Além disso, é desenvolvida com medidas não tautológicas; à vista disso, não inclui itens que abordam aspectos psicológicos (sentimentos de paz, tranquilidade, harmonia e conforto) (Braghetta *et al.*, 2021).

A ARES é composta por 11 afirmações e inclui os seguintes itens: "Eu acredito em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior)", "Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim", "Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material", "Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia-a-dia", "Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros", "Minha

espiritualidade influencia minha saúde física e mental”, “Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas”, “Eu acredito em uma continuidade após a morte”, “Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia-a-dia”, “Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida”, “Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental”. ARES é uma escala Likert, cujos valores variam: 1) discordo muito, 2) discordo parcialmente, 3) não concordo nem discordo, 4) concordo parcialmente e 5) concordo muito. As pontuações variam de 11 a 55, no qual quanto maior a pontuação, maior o nível de espiritualidade (Braghetta *et al.*, 2021).

- **Escala de Religiosidade de Duke (DUREL)**

O instrumento foi escolhido por ser breve e de fácil entendimento e aplicação, sendo uma escala validada no Brasil, a qual apresentou satisfatória consistência interna e confiabilidade de teste-reteste a partir de amostras brasileiras (Taunay *et al.*, 2012).

A escala mencionada objetiva avaliar a religiosidade a partir de três dimensões religiosas relacionadas com a saúde: religiosidade organizacional (RO), item 1 da escala, que mensura a frequência aos encontros religiosos (por exemplo, missas, cultos, cerimônias), religiosidade não organizacional (RNO), item 2, que determina a frequência de atividades religiosas privadas (como, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos) e religiosidade intrínseca (RI), itens 3,4 e 5, que se refere à procura de vivência plena da religiosidade, como principal objetivo (Lucchetti *et al.*, 2012).

Com base nesses segmentos citados originam-se cinco questões, cujas subdivisões possuem a finalidade de analisar: “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”, “Com que frequência você dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”, “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” e “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida” (Lucchetti *et al.*, 2012).

Com base nisso, o participante deve responder uma das alternativas no qual compõe o conjunto: “Mais do que uma vez por semana”, “Uma vez por semana”, “Duas a três vezes por mês”, “Algumas vezes por ano”, “Uma vez por ano ou menos” e “Nunca”, para os itens 1 e 2. Ademais, há outras alternativas, correspondentes aos itens 3-5: “Totalmente verdade para mim”, “Em geral é verdade”, “Não estou certo”, “Em geral não é verdade” e “Não é verdade”, cujo conjunto de respostas varia de acordo com a pergunta realizada (Lucchetti *et al.*, 2012)

Recomenda-se inverter os itens e realizar o somatório, no qual para RO e RNO é realizado: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1 e RI: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 ;5=1 (Koenig *et al.*, 1997;

Lucchetti *et al.*, 2012). No final, recomenda-se realizar o cálculo separadamente, no qual os três domínios não devem ser somados (Taunay *et al.*, 2012). Desse modo, para RO e RNO ≤ 3 Baixa e RO e RNO ≥ 4 Alta e para RI ≤ 9 Baixa e ≥ 10 Alta, sendo a RI o somatório dos 3 itens (Stroppa *et al.*, 2013).

4.4.2 Etapa qualitativa

- **Roteiros de entrevista semiestruturados**

Foram utilizados dois roteiros semiestruturados, sendo um destinado ao paciente (APÊNDICE B) e outro ao cuidador (APÊNDICE C), que teve como objetivo o aprofundamento das questões espirituais, religiosas e do bem-estar espiritual a partir das percepções dos participantes.

O roteiro de entrevista para o paciente apresentou 13 questões amplas sobre: a possibilidade de abordagens por líderes religiosos, mudanças em sua prática religiosa após o diagnóstico, relações da religião com o diagnóstico, significado, evolução e rotina espiritual e de bem-estar espiritual e experiência espiritual com a equipe de saúde (APÊNDICE B). Já o roteiro que foi aplicado ao cuidador foi composto por 13 questões que incluíam: a relação do cuidador com o paciente, sentimento sobre o cuidado realizado, a possibilidade de visitas de líderes religiosos, significado, rotina e relações de práticas religiosas, espiritualidade em sua vida e com a evolução da doença, mudanças sobre práticas religiosas e espirituais e de bem estar-espiritual e experiência espiritual com a equipe de saúde (APÊNDICE C).

4.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu nos meses de novembro de 2022 a abril de 2023.

Inicialmente foi realizado um teste piloto com os participantes para estimar aproximadamente o tempo necessário para realização da coleta de dados. O tempo de coleta teve duração de 60 à 90 minutos. A duração não os impediu que realizassem interrupções, conforme surgisse necessidades ou para o esclarecimento de dúvidas.

O procedimento para a coleta dos dados quantitativos e qualitativos foi iniciado a partir da realização das visitas domiciliares mensais realizadas pelas equipes multidisciplinares (os encontros costumam acontecer em dois dias de cada mês no turno da manhã ou da tarde mediante a organização prévia dos coordenadores do projeto). Ao final de cada visita, os participantes elegíveis foram convidados para participar do estudo.

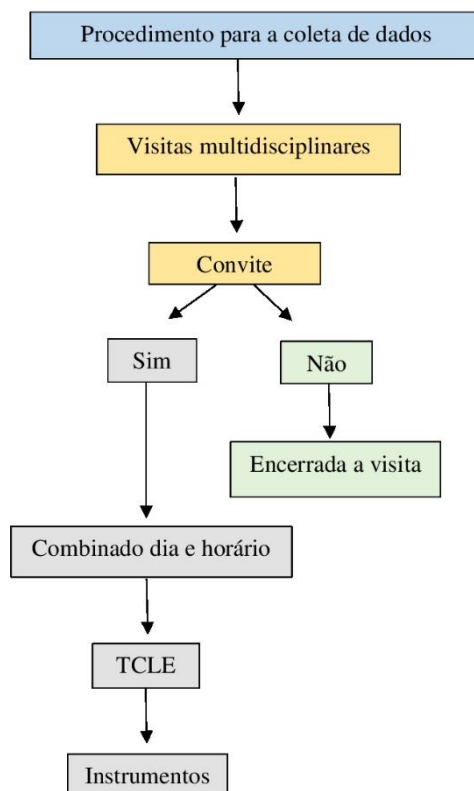
A realização do convite compreendeu o esclarecimento detalhado do estudo, seus objetivos, os aspectos éticos e a descrição dos instrumentos. Após o aceite foi combinado com os participantes o dia e o horário para a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e para sua posterior assinatura, após o esclarecimento das dúvidas. Destaca-se que o dia e o horário programados para a realização da coleta dos dados foram distintos dos dias de realização das visitas domiciliares mensais.

Após esta etapa, no dia e horário combinado, foi realizado o preenchimento da ficha de caracterização (APÊNDICE A), dos instrumentos (ANEXO A e B) e por último foi realizada a entrevista a partir do roteiro semiestruturado (APÊNDICE B ou C).

Foi solicitado aos participantes a possibilidade de um local silencioso para que a entrevista fosse realizada com o mínimo possível de poluição sonora, assim como, com a garantia do direito de sigilo e anonimidade. Ressalta-se que se buscou realizar a entrevista do paciente e do cuidador de forma separada e reservada.

As transcrições das respostas dos instrumentos foram armazenadas em uma unidade de disco rígido e mantidos em pastas nomeadas com as iniciais de cada participante. As entrevistas foram gravadas em áudio em arquivos MP3 e também foram armazenadas no mesmo disco rígido, nas pastas correspondentes a cada participante.

Fluxograma 1- Procedimento para a coleta de dados.



4.6 Análise dos dados

4.6.1 Etapa quantitativa

As informações foram organizadas por meio de dupla digitação independente, sendo utilizado o programa Excel® para a confecção das planilhas. A análise dos dados foi realizada com o auxílio de um profissional especializado no programa estatístico R: *A Language and Environment for Statistical Computing*, versão 2023, sendo uma ferramenta para análise estatística e organização de dados.

A análise descritiva foi realizada para determinar a distribuição das características da amostra com a elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e porcentagem (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média e desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Foi feito o teste do qui quadrado para a associação entre o perfil sociodemográfico e o nível de espiritualidade e o nível de religiosidade. O nível de espiritualidade foi realizado a partir da soma das respostas na escala de Likert, conforme recomendadas pelo instrumento. Já o nível de religiosidade foi alcançado por meio das orientações da escala de religiosidade de Duke, entre religiosidade alta e baixa.

Foi observado que todos os participantes (pacientes e cuidadores) apresentaram nível de espiritualidade alta. Foi realizado o teste do qui quadrado para verificar a associação entre os dois grupos (pacientes e cuidadores) e o nível de religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca). O resultado do teste expôs que não há associação entre os grupos, sendo o valor de p 0,1643 (religiosidade organizacional), 0,07719 (religiosidade não organizacional) e 0,9497 (religiosidade intrínseca). Portanto, observa-se que pacientes e cuidadores apresentaram o mesmo nível de religiosidade. Nessa perspectiva, optou-se pela união dos dois grupos, no qual as associações foram realizadas a partir de um grupo único com o nível de espiritualidade e religiosidade, sendo realizado o teste de qui quadrado para as associações entre o grupo único e os níveis de espiritualidade e religiosidade.

Em relação a escala de espiritualidade ARES, devido ao alto nível de espiritualidade dos participantes apresentado na análise, não foi possível fazer o teste de associação com as características sociodemográficas. Desse modo, a associação entre a espiritualidade e o perfil dos participantes foi realizada a partir das 11 perguntas da escala de espiritualidade (ARES).

A consistência interna de resposta dos instrumentos foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach é uma medida de confiabilidade ou

consistência interna usada para avaliar a confiabilidade de um conjunto de itens ou perguntas em um questionário ou escala (Ventura-León *et al.*, 2021).

Um valor de alfa de Cronbach próximo a um indica alta consistência interna, o que indica a homogeneidade da medida de um mesmo fenômeno. É importante levar em consideração que algumas escalas ou questionários podem ter menor consistência interna em razão da diversidade dos itens ou à natureza multidimensional. Desse modo, sua interpretação deve ser realizada considerando o contexto e a natureza do instrumento (Ventura-León *et al.*, 2021).

O valor do alfa de Cronbach foi calculado de forma única para pacientes e cuidadores; desse modo, o valor de alfa de Cronbach realizado da escala de espiritualidade ARES foi 0,3 e em relação ao cálculo na escala de religiosidade de Duke foi 0,3.

As proporções das variáveis do estudo foram comparadas pelo teste de qui-quadrado, no qual o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Ressalta-se que todas as análises foram realizadas pelo programa R.

4.6.2 Etapa qualitativa

Foi utilizada a análise de conteúdo baseada nos princípios de Bardin (2016). Entende-se por análise de conteúdo um conjunto de técnicas que analisam as comunicações, no qual o analista precisa se adaptar conforme a complexidade do código a fim da elaboração da análise. A técnica de análise ocorre em três fases: 1º) pré análise: é a fase de organização das ideias iniciais e das operações sucessivas; 2º) exploração do material: aplicar as decisões relacionadas à codificação, decomposição e enumeração, a partir da leitura do material analisado; 3º) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: dispor os resultados obtidos e as inferências alcançadas com outras literaturas (Bardin, 2016).

Desta forma, a análise dos dados qualitativos de acordo com Bardin (2016) ocorreu primeiramente com a organização das informações a partir da leitura aprofundada, orientando a preparação dos conteúdos textuais, em formato de *corpus*, que foram processados no *software* gratuito *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ®), com a exploração do material pela análise lexical e organização das ocorrências de palavras em classes, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proposta por Reinert, a qual expõe as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes obtidas (Camargo; Justo, 2013).

Em seguida foi realizado o tratamento dos dados, sendo feita a interpretação do material de acordo com os objetivos previstos. O uso do IRaMuTeQ® auxiliou na identificação das

características, associação entre os trechos e definição das categorias por meio das classes geradas.

O IRaMuTeQ® permite o processamento das informações pela organização do *corpus* textual de forma clara e separação dos dados, desde análises simples até análises multivariadas (Creswell; Clark, 2013; Camargo; Justo, 2013).

As análises de textos são maneiras de analisar um *corpus* qualitativamente por meio de textos produzidos e que formam um banco de dados (Acauan et al., 2020).

As entrevistas dos pacientes e cuidadores, após transcritas, foram revisadas para a correção de erros de digitação e pontuação, visando à uma maior porcentagem de aproveitamento do *corpus*. Ademais, foi realizada a uniformização das siglas e a junção de palavras compostas pelo caractere *underline*, em substituição aos espaços, a fim de serem processadas como uma única palavra.

Diante disso, buscou-se a saturação dos dados por exaustão, no qual a pesquisadora optou por não se ater apenas na repetição de informações e, sim, adquirir maior representatividade, tendo em vista que o grupo de participantes da parte quantitativa e qualitativa foram iguais.

4.6.3 Etapa mista: combinação dos dados

Neste estudo, foi utilizado a combinação de abordagem quantitativa e qualitativa por meio da escolha da estratégia paralelo convergente, na qual foi realizada a análise conjunta dos elementos, buscando o aprofundamento do fenômeno e o alcance dos objetivos propostos a serem respondidos, a partir da perspectiva da análise dos diferentes tipos de dados (Creswell; Clark, 2013).

Na estratégia convergente as análises das informações foram realizadas independentemente e, depois, efetuada a união dos resultados quantitativos e qualitativos, sendo atribuído o mesmo peso para as duas abordagens (Creswell; Clark, 2013). Ressalta-se que os dois bancos de dados incluíram os dois grupos de participantes (pacientes e cuidadores).

Para apresentação dos resultados da combinação de dados, foi elaborado um *joint-display* com a integração dos resultados quantitativos e qualitativos na seção resultados (Creswell; Clark, 2013). O quadro apresenta três colunas: na primeira contém as correlações da abordagem quantitativa; na segunda coluna são apresentados os dados qualitativos, por fim na terceira são demonstrados os aspectos que levaram a conclusão das divergências ou convergência.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por meio da Plataforma Brasil. Foi considerada as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo os seres humanos.

A coleta de dados ocorreu apenas após a aprovação do CEP, através do parecer de nº 5.735.067 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 64142422.8.0000.5238, sendo os participantes do estudo orientados sobre os objetivos, método, potenciais riscos e benefícios que sua participação possa acarretar.

O TCLE foi disponibilizado em duas vias, uma de posse do pesquisador e outro dos participantes, garantindo a confidencialidade da identidade e das informações colhidas, sendo-lhes disponibilizado, por meio de dispositivo físico. Ademais, foi-lhes também proporcionado a liberdade de participar e/ou de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Salienta-se que os riscos aos participantes foram considerados mínimos e estavam atrelados ao risco de surgir algum desconforto emocional e/ou constrangimento, gerados por lembranças, e/ou respostas às perguntas realizadas na entrevista devido a situações e experiências em sua vida. A responsável pela realização do estudo comprometeu-se a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa com a interrupção momentânea da entrevista ou a interrupção permanente. Como também, foram tranquilizados e acolhidos pelo pesquisador, caso necessário.

O custo da pesquisa aos participantes foi referente a disponibilidade de tempo para responder ao questionário.

Destaca-se que os benefícios relacionados à participação nesta pesquisa foram a construção de conhecimento científico sobre o tema estudado para aprofundamento da compreensão dos profissionais de saúde, como também, a possibilidade de nortear intervenções da equipe de saúde aos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores.

Tendo o participante alguma dúvida sobre os procedimentos adotados no estudo ou sobre o projeto, o entrevistado pôde entrar em contato com a pesquisadora, a qualquer momento, pelo telefone ou e-mail informado no TCLE.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados quantitativos

Integraram o estudo 29 participantes, 14 pacientes e 15 cuidadores, dos quais 20 (68,97%) eram mulheres, a maioria com menos de 60 anos (58,62%), sendo a média de idade 55,62. Em relação ao estado civil, a maioria (58,62%) era casada e acerca da escolaridade, a maior parte dos entrevistados (55,18%) possuía nível de escolaridade baixo, não tendo o ensino fundamental completo.

O local de residência de 17 participantes (58,62%) foi a Rocinha e 12 (41,38%) o Vidigal, sendo que a maioria (62,07%) recebia até 1 salário-mínimo de renda mensal e cinco (17,24%) não possuíam renda.

Ao serem questionados se estavam preparados espiritualmente para lidar com a evolução da doença, quatro (13,39%) mencionaram não pensar sobre isso e 14 (48,28%) pouco preparados. Em relação ao acolhimento espiritual pela equipe de saúde, a maioria dos participantes (93,1%) respondeu que não recebera assistência espiritual por profissionais de saúde. Na Tabela 1 encontram-se a distribuição total dos dados.

Tabela 1- Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.

Variáveis	Pacientes n (%)	Desvio padrão	Cuidador n (%)	Desvio padrão	Total n (%)	Desvio padrão
Sexo						
Feminino	9 (64,29)		11 (73,33)		20 (68,97)	
Masculino	5 (35,71)		4 (26,27)		9 (31,03)	
Idade (anos)						
Menos de 60	6 (42,86)	15,5	11 (73,33)	14,3	17 (58,62)	16,3
Mais de 60	8 (57,14)		4 (26,67)		12 (41,38)	
Escolaridade						
Analfabeto	2 (14,29)		-		2 (6,9)	
Fundamental incompleto	10 (71,43)		4 (26,67)		14 (48,28)	
Fundamental completo	1 (7,14)		-		1 (3,45)	
Médio incompleto	1 (7,14)		3 (20)		4 (13,79)	
Médio completo	-		8 (53,33)		8 (27,59)	
Religião						
Católica	9 (64,3)		7 (46,67)		16 (55,17)	
Espiritismo	2 (14,3)		-		2 (6,9)	
Evangélica	2 (14,3)		5 (33,33)		7 (24,14)	
Umbanda	-		1 (6,67)		1 (3,45)	

Não possui/Crê em Deus	-	2 (13,33)	2 (6,9)
Não possui	1 (7,14)	-	1 (3,45)
Estado civil			
Casado	7 (50)	10 (66,67)	17 (58,62)
Solteiro	6 (42,9)	5 (33,33)	11 (37,93)
Viúvo	1 (7,14)	-	1 (3,45)
Renda (salário-mínimo)			
Sem renda	2 (14,3)	3 (20)	5 (17,24)
Auxílio R\$600,00	1 (7,14)	-	1 (3,45)
Até 1	8 (57,1)	9 (60)	17 (52,62)
De 1 a 2	3 (21,14)	3 (20)	6 (20,69)
Cenário			
Rocinha	10 (71,43)	7 (43,67)	17 (58,62)
Vidigal	4 (28,57)	8 (53,33)	12 (41,38)
Capacidade para lidar com a doença			
Não penso sobre isso	3 (21,43)	1 (6,67)	4 (13,79)
Pouco preparado	7 (50)	7 (46,66)	14 (48,28)
Preparado	4 (28,57)	7 (46,67)	11 (37,93)
Assistência espiritual por profissional da saúde			
Sim	1 (7,14)	1 (6,67)	2 (6,69)
Não	13 (92,86)	14 (93,33)	27 (93,1)

Na Tabela 2, encontra-se a descrição das respostas que avaliaram a espiritualidade dos participantes.

Tabela 2- Avaliação da espiritualidade dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela considerando a Escala de espiritualidade ARES. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.

	N (%)				
	R1	R2	R3	R4	R5
	Discordo muito	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito
Eu acredito em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior).	-	-	-	3 (10,34)	26 (89,66)
Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são	-	-	-	5 (17,24)	24 (82,76)

práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.					
Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.	7 (24,14)	-	-	4 (13,79)	18 (62,07)
Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia a dia.	-	-	-	2 (6,9)	27 (93,1)
Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	-	-	-	4 (13,79)	25 (86,21)
Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.	-	1 (3,45)	-	4 (13,79)	24 (82,76)
Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	-	-	-	1 (3,45)	28 (96,55)
Eu acredito em uma continuidade após a morte.	6 (20,69)	-	2 (6,9)	5 (17,24)	16 (55,17)
Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia a dia.	-	1 (3,45)	1 (3,45)	4 (13,79)	23 (79,31)
Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.	-	-	-		29 (100)
Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental.	-	-	-	2 (6,9)	27 (93,1)

Os 29 (100%) participantes apresentaram alto nível de espiritualidade, alcançando uma soma total entre 45-55 pontos a maioria das respostas variou entre o concordo parcialmente e concordo muito, para as 11 perguntas.

A Tabela 3 apresenta a associação significativa entre as características dos participantes e a espiritualidade a partir das 11 perguntas da escala de espiritualidade (ARES).

Tabela 3- Efeito significativo entre a espiritualidade e as características sociodemográficas dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.

Pergunta	Variável sociodemográfica	Resposta – N (%)					*p valor	
		R1*	R2*	R3*	R4*	R5*		
Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.	<i>Capacidade para lidar com a doença</i>	Preparado			5 (45,45)	6 (54,55)	0,0071	
		Pouco preparado				14 (100)		
		Não pensa sobre isso				4 (100)		
Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	<i>Estado civil</i>	Casado			2 (11,76)	15 (88,24)	0,0385	
		Solteiro			1 (9,09)	10 (90,91)		
		Viúvo			1 (100)			
Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	<i>Assistência espiritual</i>	Sim		1 (50)		1 (50)	0,002	
		Não				27 (100)		
		Analfabeto	1 (50)		1 (50)			
Eu acredito em uma continuidade após a morte.	<i>Escolaridade</i>	EFC*	1 (100)				0,0215	
		EFI*	4 (28,57)		1 (7,1)	3 (21,43)		6 (42,86)
		EMC*				1 (12,5)		7 (87,5)
	EMI*				1 (25)	3 (75)		
	<i>Sexo</i>	Feminino	2 (10)		1 (5)	4 (20)		13 (65)
		Masculino	4 (44,4)		1 (11,1)	1 (11,1)		3 (33,3)

R1*= Discordo muito; R2*= Discordo parcialmente; R3*= Não concordo nem discordo; R4*=Concordo parcialmente; R5*= Concordo muito; EFC= Ensino fundamental completo; EFI= Ensino fundamental incompleto; EMC= Ensino médio completo; EMI= Ensino médio incompleto.

No que tange ao nível de religiosidade, a Tabela 4 demonstra a distribuição de acordo com cada pergunta da escala de religiosidade de Duke e a correlação com o tipo de religiosidade.

Tabela 4- Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com cada pergunta da escala de religiosidade de Duke e a correlação com o tipo de religiosidade. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.

Religiosidade organizacional					
Pergunta	N(%)				
*P1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	2 (6,9)				
1. Mais do que uma vez por semana	2 (6,9)				
2. Uma vez por semana	1 (3,45)				
3. Duas a três vezes por mês	9 (31,3)				
4. Algumas vezes por ano	13 (44,83)				
5. Uma vez por ano ou menos	2 (6,9)				
6. Nunca					
Religiosidade não organizacional					
*P2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	13 (44,83)				
1. Mais do que uma vez ao dia	11 (37,93)				
2. Diariamente	2 (6,9)				
3. Duas ou mais vezes por semana	1 (3,45)				
4. Uma vez por semana	1 (3,45)				
5. Poucas vezes por mês	1 (3,45)				
6. Raramente ou nunca					
Religiosidade intrínseca					
Pergunta	N(%)				
	*R1	*R2	*R3	*R4	*R5
*P3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)	23(79,31)	5(17,24)	1(3,45)	-	-
*P4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	20 (68,97)	5(17,24)	2(6,9)	1(3,45)	1(3,45)
*P5 Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	18(62,7)	7(24,14)	-	3(10,34)	1(3,45)

*P1= Pergunta 1; *P2= Pergunta 2; *P3= Pergunta 3; P4= Pergunta 4; P5= Pergunta 5; R1= Totalmente verdade para mim; R2= Em geral é verdade; R3= Não estou certo; R4= Em geral não é verdade; R5= Não é verdade.

A partir disso, a Tabela 5 demonstra a distribuição dos participantes de acordo com cada tipo de religiosidade da escala de religiosidade de Duke.

Tabela 5- Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com cada tipo de religiosidade da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro – RJ, 2022-2023. N=29.

	Alta N (%)	Baixa N(%)	Média	*DP
Religiosidade organizacional	5 (17,24)	24 (82,76)	2,79	1,29
Religiosidade não organizacional	26 (89,66)	3 (10,34)	5,07	1,25
Religiosidade intrínseca	27 (93,1)	2(6,9)	4,51	0,94

*DP= Desvio padrão

No que tange a espiritualidade e o tipo de religiosidade, apesar de todos os participantes do estudo apresentarem alto nível de espiritualidade, conforme demonstrado na Tabela 2, 82,76% possuíam baixa religiosidade organizacional. Entretanto, a maioria apresentou alta religiosidade não organizacional (89,66%) e alta religiosidade intrínseca (93,1%).

Na Tabela 6 demonstra-se a associação entre a religiosidade e o perfil sociodemográfico dos participantes.

Tabela 6- Distribuição dos participantes de uma Comunidade Compassiva de favela de acordo com a associação entre a sua religiosidade e o seu perfil sociodemográfico. Rio de Janeiro- RJ, 2022-2023. N=29.

Variáveis sociodemográficas	Tipo de Religiosidade								
	Organizacional (%)			Não organizacional (%)			Intrínseca (%)		
	Baixa	Alta	p	Baixa	Alta	p	Baixa	Alta	p
Sexo			0,55			0,92			0,54
Feminino	80	20		10	90		5	95	
Masculino	88,9	11,1		11,1	88,9		11,1	88,9	
Idade (anos)			0,03			0,12			0,79
Menos de 60	70,5	29,4		17,6	82,3		5,8	94,1	
Mais de 60	100	0		0	100		8,3	91,6	
Escolaridade			0,06			0,83			0,58
Analfabeto	100	0		0	100		0	100	
F. incompleto	100	0		7,14	92,86		7,14	92,86	
F. completo	100	0		0	100		0	100	
M. incompleto	50	50		25	75		25	75	
M. completo	62	37,5		12,5	87,5		0	100	
Religião			0,06			0,97			0,0007
Católica	93,75	6,25		12,5	87,5		0	100	
Espiritismo	100	0		0	100		0	100	
Evangélica	57,14	42,86		14,29	85,71		0	100	
Não possui	0	100		0	100		100	0	
Crê em Deus	100	0		0	100		50	50	

Umbanda	100	0	0	100	0	0
Estado Civil			0,55		0,54	0,46
Casado	76,47	23,53		5,88	94,12	11,76 88,24
Solteiro	90,91	9,09		18,18	81,82	0 100
Viúvo	100	0		0	100	0 100
Renda (salário mínimo)			0,10		0,80	0,0011
Sem renda	80	20		0	100	0 100
Auxílio de R\$600,00	0	100		0	100	100 0
Até 1						
1 a 2	82,35	17,65		11,76	88,24	0 100
	100	0		16,67	83,33	16,67 83,33
Capacidade para lidar com a doença			0,06		0,06	0,23
Não penso sobre	50	50		0	100	25 75
Pouco preparado	78,57	21,43		0	100	7,14 92,86
Preparado	100	0		27,2	72,7	0 100
Assistência espiritual			0,50		0,61	0,69
Sim	100	0		0	100	0 100
Não	81,4	18,5		11,1	88,8	7,41 92,59

Ao observar a Tabela 6, destaca-se que a associação apresentou efeito significativo entre a idade e a religiosidade organizacional, religião e religiosidade intrínseca e renda e religiosidade intrínseca.

Por último ressalta-se que não foi feita medidas de associação entre as escalas de espiritualidade (ARES) e de religiosidade (DUKE), visto que todos os participantes apresentaram nível de espiritualidade alta. Desse modo, independe do tipo e nível de religiosidade dos participantes, tanto os pacientes como os e cuidadores possuíam alta espiritualidade.

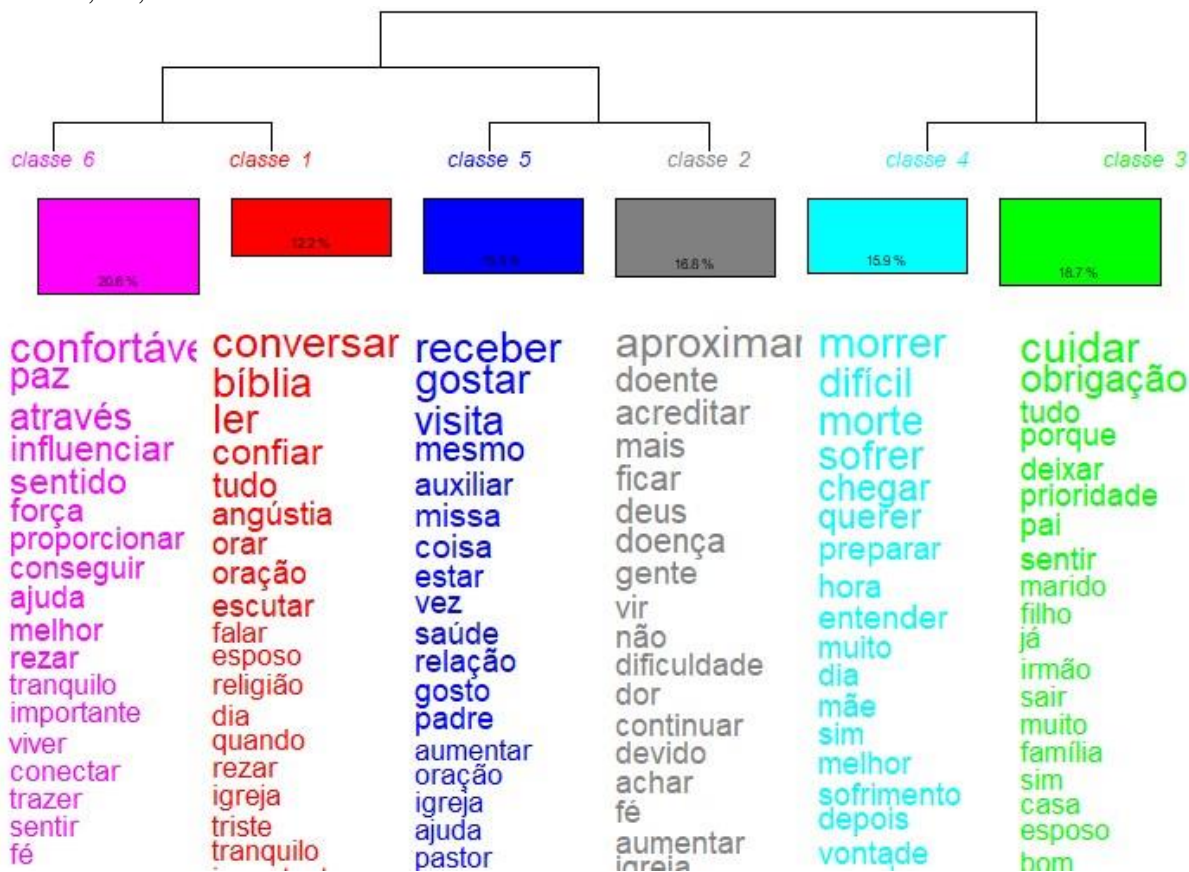
5.2 Resultados qualitativos

Foram analisados, 29 *corpus* que produziram 125 segmentos de texto no qual foram analisados 107 segmentos, apresentando pertinência de 85,60%.

A partir das 705 formas, o *corpus* apresentou 4200 ocorrências, com 387 formas ativas de palavras e 75 formas suplementares.

Desse modo, as respostas foram definidas em seis classes, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1- Classes semânticas e suas relações analisadas pelo *software* IRAMUTEQ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2022-2023.



Inicialmente, observa-se a divisão das Classes 6 e 1, as quais se relacionam com as Classes 5 e 2. Os dois “conjuntos” mencionados conectam-se com as Classe 4 e 3 que se associam uma à outra. Destaca-se que há o predomínio da Classe 6 (20,6%), seguido pelas Classes 3 (18,7%), Classe 2 (16,8%), Classe 5 e 4 (15,9% cada uma) e Classe 1 (12,2%).

A partir da análise das classes, do estudo da ocorrência de palavras e do grupo temático de elementos comuns, foram estabelecidas as seguintes categorias: 1) A religiosidade no dia a dia, por meio dos conjunto das classes 6 e 1; 2) Religiosidade, espiritualidade na promoção do bem-estar, que contempla as classes 5 e 2 e; 3) Sentimentos e representações diante o cuidado, por meio das classes 4 e 3. A seguir serão apresentadas detalhadamente as categorias e suas respectivas sub categorias, por meio das classes.

A categoria 1, representada pelas classes 6 e 1, apresenta os benefícios da espiritualidade e da religiosidade no cotidiano dos participantes. Os resultados demonstraram que a

espiritualidade e religiosidade influenciaram diretamente no cotidiano, sendo exemplos de ferramentas de enfrentamento diante das adversidades.

Na Classe 6, subcategoria que foi denominada como “Fé e religião como fonte de potência”, os participantes expressaram que, na maioria das vezes, associaram a presença da fé com a prática religiosa, na qual eram capazes de alcançar a paz, melhorar a vida, fortalecer as relações, proporcionar conforto e ter esperança.

A minha religião e espiritualidade me proporciona força para viver, pois é complicado o que estou passando com essa doença (P3).

Bem-estar espiritual é quando a gente se sente bem protegido e tem o suporte da família. Influencia quando a pessoa se dedica com muita fé com o coração e reza todos os dias com muita fé. (P7).

A oração me ajuda nos dias de aflição e cansaço, através da fé eu me sinto melhor (C4).

Veio um pastor da igreja na minha casa e eles oraram, foi bom pois toda ajuda é bem-vinda. Fé e ir à igreja faz eu me sentir mais confortável para orar e me faz sentir melhor (C6).

Na Classe 1, denominada subcategoria “Benefícios das práticas religiosas e crença em Deus” foi possível observar pelos depoimentos dos participantes, que houve diferentes vantagens na prática de oração e na crença em Deus. Eles declararam que tais práticas possibilitaram a crença em coisas boas e proporcionaram alívio, tranquilidade e fortalecimento para lidar com as situações da vida. Contudo, observa-se que a crença em Deus independeu das suas escolhas religiosas.

Quando eu escuto louvor e realizo oração eu me sinto mais preparado para o dia, me sinto bem quando eu ajudo outras pessoas e transmito alegria e conversando (P1).

Eu converso com Deus e tudo se resolve, quando eu faço oração eu me sinto aliviada e me sinto pronta para prosseguir. Minha fé em Deus, meu contato com Deus é isso que me fortalece, eu me considero uma pessoa espiritualizada(C1).

Eu não tenho religião, mas eu converso com Deus, conversar me ajudar a lidar melhor com a doença da minha esposa, quando eu rezo e leio a bíblia eu me sinto melhor (C2).

A categoria 2, exemplificada pelas classes 5 e 2, demonstrou que a fé, a religiosidade e espiritualidade foram ferramentas que auxiliaram na saúde física e mental dos participantes.

Na Classe 5, denominada como a subcategoria “A crença em Deus e a sensação de gratificação”, é perceptível que os depoimentos demonstraram o fortalecimento da fé e a crença em Deus, após o diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida. Ademais, a maioria dos participantes acreditava que a doença era habitual na vida de todo o ser humano. Entretanto, houve participantes que a relacionaram com um propósito.

Não recebi visita de líderes religiosos, mas gostaria de ter recebido, porém a fé aumentou, assim como, acreditar e confiar em Deus. Creio e confiar em Deus, me ajuda quando eu converso com Deus, auxilia estar em paz com Deus, eu sinto paz confiando em Deus (P9).

Recebi a visita do padre nós conversamos. A fé aumentou porque nós buscamos mais a Deus quando estamos doentes, não tem relação, são coisas que devemos passar e Deus não é culpado. Escutar a oração, a missa me proporciona relaxamento (P13).

Eu ainda estou assimilando muita coisa, preciso organizar minha vida e entender que isso faz parte do propósito de Deus, às vezes, eu converso com meu pai sobre a igreja, porque conversar ajuda a minimizar a saudade dele em ir à igreja (C8).

A Classe 2, denominada subcategoria “Espiritualidade por meio da religiosidade como propósito e sentido da vida”, revelou que muitos participantes destacaram o significado de espiritualidade e associaram-no, na maioria das vezes, com práticas religiosas, mas também com atividades que proporcionavam conexão e sentido de vida.

Evolução e aprendizado, através da fé e pensamento positivo me auxilia a ter bons pensamentos e a fazer a coisa certa. Bem-estar espiritual é estar com meus filhos, ter pensamento positivo, ouvir música, assistir desenho. Eu gosto de ver o mar, pisar na areia, estar perto das plantas, caminhar, influencia a ter pensamento positivo a procurar fazer o que é certo através da fé pensamento positivo (P4).

A religião é muito importante, ir a igreja conforta e proporciona entendimento. Eu recebi visita do líder religioso, ele fez oração e conversou. A espiritualidade ajuda em proporcionar conforto e aproximação com Deus, você acredita que tudo vai dar certo principalmente nos dias que estamos sem esperança (C4).

Orar, cantar louvores me ajuda, dá paz para mim, é muito bom. Espiritualidade para mim é quando eu oro, converso com Deus, creio em Deus, Deus tira meu sofrimento, tristeza e angústia (C14).

Por fim, a categoria 3, que se denominou "Sentimentos e representações diante do cuidado", foi caracterizada por meio das classes 4 e 3, expondo as experiências, sentimentos e práticas de enfrentamento relacionadas à prática do cuidado. Acredita-se que a prática de cuidar é uma forma de retribuição, zelo e amor, no qual a prioridade é o alívio do sofrimento.

A classe 4, intitulada subcategoria “Crença em Deus e sentimentos diante da perda”, sinalizou que diante da possibilidade de morte de um membro da família, a maioria dos participantes declarou buscar forças e conforto pautados principalmente na sua crença e fé em Deus.

Eu estou preparada para a morte do meu marido, vai ser na hora que Deus quiser porque eu sei que Deus vai tirar meu sofrimento e o dele. A minha fé em Deus vai me ajudar, Deus me preparou para a morte do meu marido, pois a cada dia que passa eu sinto que a morte dele está mais próxima (C1).

Sim não quero vê a minha mãe sofrendo, se ela morrer eu vou entender que é o melhor para ela, através da oração, orar me acalma como se fosse uma meditação para mim, buscar a Deus (C10).

Eu estou tentando ter forças para quando chegar a morte da minha mãe, nós somos muito próximas eu sempre estive do lado dela, vai ser muito difícil quando ela morrer, porém não quero ver a minha mãe

sofrendo. Peço a Deus que quando chegar a hora, que ela não sofra, eu vou conseguir conforto em Deus eu creio que Deus vai me dá forças (C14).

Na classe 3, nomeada subcategoria “Sensações e simbolizações do cuidado”, os depoimentos evidenciaram os sentimentos partir da prática do cuidado, dentre estes destacou-se o sentimento de obrigação, prazer e propósito.

Eu sinto obrigação em cuidar da minha mãe porque ela fez muito por mim quando eu era criança. Eu não consigo, eu me dedico cem por cento a ela, não tenho tempo nenhum para mim (C3).

Eu sinto obrigação em cuidar da minha irmã, porque eu quero ver ela bem, devido a doença dela nós não saímos mais de casa e não temos mais disposição para nada. Eu deixo de fazer bastante coisa para cuidar da minha irmã, porque ela é a minha prioridade, eu faço tudo para ajudar ela, eu tenho muita fé em Deus (C6).

Eu sinto prazer não é uma obrigação, eu tento equilibrar para não ficar sobrecarregada, por exemplo eu pedi uma pessoa para ficar aos finais de semana com ela para eu também não deixar de cuidar durante a semana. Eu cuido dela porque é a vontade de Deus e tudo que é a vontade de Deus é bom, agradável e perfeito (C7).

Portanto, foi possível verificar, por meio da análise de conteúdo, que os participantes alcançaram seu bem estar espiritual, conexão com o transcendente e fé por meio de diferentes práticas pautadas principalmente nas práticas da religiosidade e na crença em Deus.

Além disso, observou-se a religiosidade e a espiritualidade, influenciando a vida cotidiana, em especial em contexto de favela, por meio da compreensão dos significados e dos sentidos presentes nas falas dos dois grupos.

Portanto, a partir da importância e do impacto da religiosidade e da espiritualidade, no cotidiano do paciente em cuidados paliativos e seus cuidadores, ratifica-se a necessidade da integralidade do cuidado, visto que a saúde espiritual influencia diretamente na qualidade de vida do sujeito.

5.3 Integração dos dados quantitativos e qualitativos

A integração entre os resultados quantitativos e qualitativos está apresentada no Quadro 2. A primeira coluna representa as correlações quantitativas, a segunda coluna, as correlações qualitativas. Por fim, a terceira coluna, expõe a integração dos resultados quantitativos e qualitativos.

Quadro 02- Integração entre os resultados quantitativos e qualitativos.

RESULTADOS QUANTITATIVOS	RESULTADOS QUALITATIVOS	INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Alto nível de espiritualidade (45-55)	Subcategorias 1 e 2	Convergência, confirmando que por meio da espiritualidade os participantes conseguiram força, sentido, conforto e alívio do sofrimento.
Acreditar em algo sagrado (transcendente) (89,66% concordam muito)	Subcategorias 1 e 2	Convergência de dados, no qual os participantes declararam que creem e se conectam com Deus.
Práticas para se conectar com uma força espiritual (82,76% concordam muito)	Subcategorias 1 e 4	Ambos os resultados convergiram evidenciando que por meio da oração, meditação e leitura da bíblia conectavam-se com Deus.
Minha fé, crença e valores espirituais direcionam (79,31%) minhas ações no dia a dia, dão sentido (100%) e apoio a minha vida (93,1% concordam muito)	Subcategorias 1 e 2	Corroborar, por meio dos discursos que a oração ajudou em dias difíceis, forneceu relaxamento, força e paz.
Práticas espirituais ajudam a manter ou melhorar minha saúde física ou mental (93,1% concordam muito)	Subcategorias 2 e 3	Convergência, os resultados qualitativos confirmam que crer em Deus minimizou sentimentos de tristeza e angústia.
Baixa religiosidade organizacional (82,76%); Vai a igreja, templo ou encontro religiosos uma vez por ano ou menos (44,83%)	Subcategorias 2 e 3	Convergência. Os participantes relataram que seus familiares não conseguem ir à igreja devido ao avanço da doença. Além disso, devido a função de realizar o cuidado, cuidadores relataram que não tinham tempo.
Alta religiosidade não organizacional (89,66%)	Subcategoria 1	Convergência, confirmando que os participantes procuraram manter atividades religiosas como rezar e ler a bíblia.

Sentir a presença de Deus (ou do Espírito Santo) (79,31% totalmente verdade)	Subcategoria 3	Convergência. Os participantes apresentaram em seus discursos que Deus forneceu força em momentos difíceis e que realizavam a vontade de Deus todos os dias.
Esforçam-se para viver a religião em todos os aspectos da vida (62,07% totalmente verdade)	Subcategoria 1	Convergência. Os participantes declararam que procuravam se dedicar com muita fé e rezar todos os dias.
As crenças religiosas estão por trás de toda a maneira de viver (68,97% totalmente verdade)	Subcategorias 2 e 3	Ambos os resultados convergiram evidenciando que a religião representou algo muito importante na vida deles, no qual ir à igreja e orar proporcionou conforto.

É possível identificar a partir dos resultados quantitativos que todos os participantes apresentaram alto nível de espiritualidade, que tal percentual converge com os resultados qualitativos, visto que os participantes declararam que pela espiritualidade consegue-se força para viver, sentido (P3), conforto, esperança e alívio do sofrimento e da tristeza. Quanto ao primeiro item da escala de espiritualidade, 89,66% dos participantes concordaram muito sobre acreditar em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior), o que converge com alguns dos depoimentos acerca da crença e de Deus (P9, C1, C2).

Da mesma forma, referente a segunda pergunta da escala da espiritualidade, 82,76% dos participantes concordaram muito que práticas como meditação, oração, leituras e/ou contemplação, são formas de conectar-se a uma força espiritual, o que converge com as declarações dos participantes em pontuarem que a oração, meditação (C10) e leitura da bíblia (C2). Algumas práticas para se adquirir o bem estar espiritual mencionadas foram: estar com os filhos, ter pensamento positivo, ouvir música, assistir desenho (P4), oração e crença em Deus (C14).

Outro dado quantitativo representativo desta segunda pergunta, está relacionado a 45,45% dos participantes que “concordam parcialmente” e 54,55% que “concordam totalmente” e que se mostraram preparados para lidar com a evolução da doença, corroborando com o depoimento que diz “[...] conversar com Deus me ajuda a lidar melhor com a doença da minha esposa [...]” (C2). Dessa forma, a integração dos resultados demonstrou que práticas

religiosas, conectaram os participantes com Deus e forneceram subsídios para enfrentar a doença.

Além disso, pelos resultados quantitativos das perguntas da escala de espiritualidade, os participantes concordam muito: “minha fé e crenças espirituais me dão apoio no dia a dia” (93,1%), “crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia a dia” (79,31%), “minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida” (100%) e “práticas espirituais (por exemplo: fazer oração, ou jejum, ou meditação, ou outras) ajudam a manter ou melhorar minha saúde física ou mental” (93,1%); assim, percebe-se que há convergência com os resultados qualitativos por meio dos discursos dos participantes que declararam que a oração ajuda em dias difíceis e fornece sensação de relaxamento, conversar com Deus auxilia a lidar melhor com a doença e a fé proporciona força, paz (P1, P9, P13, C1, C4). Assim como crer em Deus minimiza sentimentos de tristeza e angústia e os prepara diante das dificuldades e sofrimento (C1, C14).

Em relação a religiosidade, observa-se a partir dos resultados quantitativos que 82,76% dos praticantes apresentaram baixa religiosidade organizacional, assim como a maioria dos participantes (44,83%) ia até a igreja, templo ou encontro religioso uma vez por ano ou menos, corroborando com os discursos apresentados nas entrevistas “[...] às vezes eu converso com meu pai sobre a igreja, porque conversar ajuda a minimizar a saudade dele em ir à igreja” (C8). Além disso, outro fator citado que pode comprometer a frequência em ir a igreja, templo ou encontro religioso foi a falta de tempo dos cuidadores, que se dedicam integralmente ao cuidado. Tal afirmativa pode ser exemplificada pelos seguintes trechos: “[...] eu me dedico cem por cento a ela, não tenho tempo nenhum para mim” (C3); “[...] devido a doença dela nós não saímos mais de casa e não temos mais disposição para nada eu deixo de fazer bastante coisa para cuidar da minha irmã, porque ela é a minha prioridade, eu faço tudo para ajudar ela [...]” (C6).

Entretanto a limitação em frequentar a igreja, seja por dificuldade de locomoção, avanço da doença ou falta de tempo, não comprometeu a religiosidade não organizacional dos participantes. Foi verificado que 89,66% deles possuíam alta religiosidade não organizacional; desse modo eles procuravam dedicar seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos. Esse resultado pode ser reafirmado na constatação dos discursos: “[...] mesmo com fé e rezando todos os dias, tem dias que estamos fracos” (P7); “[...] quando eu rezo e leio a bíblia eu me sinto melhor [...]” (C2).

Quanto a religiosidade intrínseca, evidenciou-se a partir da pergunta da escala de religiosidade de Duke “em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)” que

79,31% dos participantes apresentaram ser totalmente verdade tal afirmativa. Ao analisar as entrevistas essa realidade pode ser verificada nos trechos: “eu vou conseguir conforto em Deus eu creio que Deus vai me dá forças” (C14); “Deus me preparou para a morte do meu marido, pois a cada dia que passa eu sinto que a morte dele está mais próxima” (C1); “eu cuido dela porque é a vontade de Deus” (C7).

Os resultados dos dados integrados também evidenciaram que 62,07% dos participantes disseram ser totalmente verdade que se esforçam muito para viver a religião em todos os aspectos da vida. Esse resultado quantitativo converge com o resultado qualitativo exemplificado a partir da declaração: “influencia quando a pessoa se dedica com muita fé com o coração e reza todos os dias, com muita fé” (P7). Da mesma forma, a partir de uma das perguntas da escala de religiosidade, a qual mensura o nível de religiosidade intrínseca, a maioria dos participantes (68,97%) afirmou ser totalmente verdade que as suas crenças religiosas estão por trás de toda a sua maneira de viver. Esse achado é corroborado quando se observa os depoimentos: “a religião é muito importante, ir à igreja conforta e proporciona entendimento” (C4); e “orar me acalma [...]” (C10).

Desse modo, pela integração dos resultados quantitativos e qualitativos foi possível analisar a convergência dos dados obtidos. Portanto, a integração das abordagens possibilitou reforçar a importância da religiosidade e da espiritualidade no cotidiano de pacientes em cuidados e seus cuidadores.

Foi possível observar, também, que tais práticas foram importantes em suas vidas e proporcionaram impacto na saúde física (forneceram conforto e força), na saúde mental (no alívio do sofrimento, tristeza e angústias), na saúde social (promovendo o sentimento de pertencimento de membro de uma comunidade religiosa) e na saúde espiritual (possibilitando a conexão com si próprio, com Deus, com a natureza ou com o transcendente).

6 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes era do sexo feminino (68,97%), casada (58,62%) e católica (55,17%), o que corrobora com outras pesquisas realizadas com pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores que possuíam valores semelhantes, 61,4 % de mulheres (Klimasinski *et al.*, 2022), 68,6% casados e 89,5% da religião católica (Çalik *et al.*, 2022).

Quanto à idade média dos pacientes e cuidadores neste estudo, verifica-se ser similar ao encontrado pelos autores Çalik *et al.*, (2022), que constataram idade média dos pacientes de 69,06 anos e dos cuidadores de 40,06 anos. No que tange à escolaridade os cuidadores

apresentam-se majoritariamente (53,33%) com ensino médio completo e tais dados assemelham-se com o resultado da pesquisa de Çalik *et al.* (2022), em que 42,9% dos cuidadores possuíam ensino médio completo.

Com relação a renda média dos participantes, 58,62% declararam receber até um salário mínimo. Tais dados corroboram com os identificados por Zandavalli *et al.* (2020), no qual majoritariamente os pacientes possuíam baixo estrato socioeconômico (63,9%).

Em contrapartida, relacionado ao tempo de diagnóstico o presente estudo verificou que 71,43% dos pacientes apresentavam mais de um ano de diagnóstico, ao contrário dos achados de Çalik *et al.*, (2022) no qual a maior parte (42,9%) dos pacientes apresentavam o tempo menor ou igual a um ano.

No que se refere ao nível de espiritualidade, todos os participantes do estudo em tela apresentaram-no elevado (alto nível de espiritualidade). Da mesma maneira, a pesquisa de Zandavalli *et al.* (2020) demonstrou que a maioria dos entrevistados possuía espiritualidade alta, conforme a escala ARES.

Foi possível observar também que o nível de espiritualidade dos participantes do atual estudo e o de Zandavalli *et al.* (2020) pode ser exemplificado por meio de práticas de espiritualidade, como a conexão com algo sagrado, sua fé e crença e sua promoção de bem-estar espiritual por meio do suporte familiar, diálogos com Deus, pensamentos positivos, contato com a natureza e com a música. Desse modo, ficou claro que cada participante desenvolveu sua espiritualidade e conquistou seu bem-estar espiritual por meio de diferentes atividades. Ademais, verifica-se que a espiritualidade e a conquista do bem-estar espiritual dos participantes foram capazes de proporcionar força, paz, conforto, esperança e influência positiva no seu cotidiano.

A investigação realizada por Lestari *et al.*, 2023 corrobora com os resultados desta pesquisa ao identificar também que os pacientes com bom estado de bem-estar espiritual conquistam conforto, coragem e força a partir do seu relacionamento com Deus e com sua família. Além disso, Rego *et al.* (2020) ressaltam que o bem-estar espiritual está também relacionado ao melhor bem-estar físico, emocional e qualidade de vida. No que se refere à saúde física, por exemplo, Moreira *et al.* (2020) também identificaram em sua revisão que o cuidado espiritual proporciona impactos favoráveis e terapêuticos, assim como observaram que a espiritualidade, religiosidade e atividade física estão diretamente associadas e que as mesmas influenciam diretamente na saúde dos indivíduos.

Outros autores, ao explorar a relação do bem-estar espiritual com a saúde mental dos pacientes, identificaram que o bem-estar espiritual reduz diretamente os sintomas de depressão,

devido a conquista do significado e propósito de vida por meio da espiritualidade (Garduno-Ortega, *et al.*, 2021).

No que se refere aos cuidadores, autores verificaram que o bem-estar espiritual auxilia os familiares no enfrentamento das dificuldades, assim como, diminui a sobrecarga decorrente do cuidado (Türkben Polat *et al.*, 2023).

Desse modo, tais pesquisas confirmam a relação positiva e diretamente proporcional da tríade formada entre o bem-estar espiritual, os pacientes e seus cuidadores.

Por outro âmbito, a presente pesquisa identificou por meio dos resultados qualitativos que os participantes acreditavam que o diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida era um propósito de Deus. Lestari *et al.* (2023) também verificaram em seu estudo que os participantes associavam a doença a um teste determinado por Deus. Nesse ínterim, infere-se que pacientes e/ou cuidadores podem encontrar força e motivação para viver ao associarem que são os escolhidos, o que favorece a melhor aceitação da doença.

Entretanto, mesmo que todos os participantes do presente estudo tenham apresentado alto nível de espiritualidade, apenas 6,9% receberam assistência espiritual em seus atendimentos. Torna-se importante destacar que 100% dos participantes que não receberam assistência espiritual, relataram que concordavam totalmente que sua espiritualidade os incentivava a ajudar outras pessoas. Tal dado demonstra o possível impacto da abordagem espiritual tanto aos participantes do estudo, como a sua influência na vida de outras pessoas.

Paralelo a isso, estudos reiteram que a espiritualidade pode proporcionar resiliência, apoio social, suporte, mecanismo de enfrentamento aos pacientes, suporte para que os cuidadores saibam lidar e enfrentem o sofrimento (Zandavalli *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020; August *et al.*, 2021). Em relação as emoções dos cuidadores, um estudo brasileiro demonstra que a espiritualidade e a religião são ferramentas utilizadas por eles diante do cuidado oferecido (Sousa *et al.*, 2020). Tal estudo corrobora com os resultados da pesquisa em tela, pois foi perceptível pelos depoimentos dos familiares que a crença e a fé em Deus possibilitaram a superar os desafios do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida.

Os autores Lestari *et al.* (2023) destacam também que pacientes com câncer podem apresentar excruciante dor física e mental, caracterizando-a como angústia espiritual, que pode ocasionar impacto em sua qualidade de vida, devido a perda da fé, do contato com sua espiritualidade ou da insistência em pontuar suas possíveis ações que possam ter ocasionado a doença. Desse modo, observa-se a importância do cuidado espiritual pelos profissionais de saúde à todas as pessoas que vivenciam uma doença ameaçadora da vida.

Outro estudo realizado por Wisersith *et al.*, (2021) já identificou que os pacientes em cuidados paliativos possuíam necessidades espirituais moderadas, no qual algumas medidas apresentaram maiores medidas, como, significado, valor e propósito de vida. Salienta ainda que os pacientes alcançam tranquilidade e qualidade de vida, a partir das suas necessidades atendidas.

Nessa perspectiva, vários autores defendem que o profissional deve atender as necessidades físicas, emocionais e espirituais e abordar junto ao paciente assuntos relacionados com a espiritualidade (Watson, 2021; Evangelista *et al.*, 2020; Spezani *et al.*, 2019). Desse modo, é necessário que a equipe de saúde, especificamente os enfermeiros, compreendam e conduzam o manejo dos cuidados integrais e holísticos para aliviar os sintomas e atender as necessidades dos pacientes em cuidados paliativos, assim como de seus cuidadores.

Entretanto, um estudo realizado com enfermeiros de um hospital no Brasil, identificou que eles mencionam sentir dificuldade em abordar as questões espirituais dos seus pacientes (Evangelista *et al.*, 2021). Thiengo *et al.* (2019) corroboram ao destacar que os profissionais de saúde se sentem inseguros e despreparados para assistir ao paciente espiritualmente, devido à falta de domínio no assunto.

Nesse contexto, August *et al.*, 2021 reiteram ainda a necessidade da abordagem espiritual pelos profissionais de saúde, devido ao contexto religioso brasileiro e os resultados do seu estudo mostram que 98%, dos participantes afirmam acreditar em Deus, sendo que 66% consideram-se religiosos e espirituais, 20% espirituais, mas não religiosos e 12% religiosos.

Além disso, pesquisa realizada por Nasution *et al.*, 2020 revela que pacientes que foram submetidos à intervenção espiritual adquiriram subsídios de enfrentamento diante do diagnóstico de câncer e melhora do bem-estar espiritual. Portanto, ratifica-se que a intervenção espiritual deve fazer parte do cuidado dos profissionais de saúde, devido a melhora da qualidade de vida e possibilitar formas de entendimento aos sentimentos e a doença.

Diante disso, Watson (2008) destaca que se deve promover estratégias para minimizar as dificuldades e para atender a dimensão espiritual do paciente e da sua família. Tais ações podem estar relacionadas desde a promoção de uma escuta ativa, de boa comunicação, do respeito ao indivíduo e as suas crenças, do relacionamento de ajuda-confiança e da atenção às necessidades espirituais do sujeito.

Ao analisar a religiosidade dos participantes, da mesma forma que o presente estudo demonstrou que boa parte dos participantes (44,83%) iam a igreja, templo ou encontro religioso uma vez por ano ou menos, Zandavalli *et al.* (2020) também demonstraram em seu estudo que 72,8% dos participantes frequentavam um templo religioso somente uma vez ao ano ou nunca.

Observa-se também no estudo em tela que 100% dos participantes que apresentaram religiosidade organizacional baixa, eram maiores de 60 anos.

Tal resultado pode estar relacionado às limitações físicas apresentadas pelos idosos, no qual Zandavalli *et al.* (2020) demonstraram que 25% dos idosos apresentaram dependência moderada para a realização de atividades diárias e 27,3% eram muito dependentes. Entretanto, o que pode contribuir para a baixa frequência dos participantes irem à igreja, templo ou encontro religioso pode estar relacionada com a falta de tempo observada nos discursos dos cuidadores.

Além disso, pode-se inferir também que o avanço da doença e, conseqüentemente, o declínio funcional do paciente está diretamente relacionado com a não manutenção da rotina das atividades e idas à igreja, conforme observado nos resultados qualitativos, no qual o cuidador relatou que conversava com seu pai sobre a igreja para minimizar a saudade, devido à dificuldade de locomoção ao templo religioso. Tal resultado é corroborado por Siqueira *et al.*, (2019), ao associar o baixo nível de religiosidade organizacional dos seus participantes com a limitação física ocasionada pela doença e, conseqüentemente, com a maior dificuldade de ir aos encontros religiosos.

Acerca do cuidado realizado, o presente estudo identificou, por meio dos discursos, que os cuidadores atribuem com a prestação de cuidados com a representações de amor, dever e retribuição. Sousa *et al.* (2021), demonstram, também, em sua pesquisa que alguma das motivações relacionadas à prática do cuidado são gratidão, amor, obrigação, retribuição e admiração.

Do mesmo modo, destaca-se sinalizar que no presente estudo infere-se que a religiosidade não organizacional e a religiosidade intrínseca são analisadas como maneiras de mensurar os graus diferenciados de espiritualidade de cada participante. Entende-se que a espiritualidade é constituída a partir da relação (com o sagrado ou com outro ser), no qual devido à realização de atividades religiosas individuais, como rezas, meditações ou leitura de textos religiosos os pacientes e cuidadores conectaram-se com o que foi significativo e sagrado para as suas vidas.

Além disso, ao vivenciarem a presença de Deus em seu dia a dia ratifica-se o relacionamento e ligação dos participantes com o que é sagrado. Dessa forma, o alto nível de religiosidade não organizacional (89,66%) e de religiosidade intrínseca (93,1%) encontrado nos resultados quantitativos são ratificados por meio dos depoimentos em que os pacientes expuseram que rezavam todos os dias e escutavam louvores; e os cuidadores relataram que conversavam com Deus e realizavam orações.

Do mesmo modo, que o alto nível de espiritualidade identificado nos pacientes e cuidadores corrobora com o alto nível de religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca encontrado. Ao verificar tais resultados sobre a religiosidade não organizacional, os dados integrados assemelham-se ao identificado por Santos *et al.* (2020) no qual 61,8% dos participantes também apresentaram alta religiosidade não organizacional e utilizavam-na como enfrentamento positivo para situações difíceis.

No que se tange a alta religiosidade intrínseca dos participantes, tais resultados são similares aos analisados por Zandavalli *et al.* (2020), em que 90,9 % dos idosos apresentavam alta religiosidade intrínseca. Além disso, Siqueira *et al.* (2019) demonstraram em sua pesquisa que os níveis de religiosidade intrínseca de pacientes de centros de terapia renal substitutivas estavam diretamente relacionados aos níveis de felicidade, o que infere o impacto de tais práticas na saúde emocional dos indivíduos. Desse modo, é importante que profissionais de saúde consigam identificar as atividades religiosas dos pacientes para utilizá-las como promotoras para os sentimentos de felicidade.

No que tange a religiosidade intrínseca, foi verificado também que todos os participantes que informaram ter religião e 50% dos que não a possuíam, mas acreditavam em Deus, apresentaram uma religiosidade intrínseca alta. Desse modo, é possível acreditar que possuir uma religião ou ter crença em Deus está diretamente relacionado ao alto nível de religiosidade intrínseca.

Pode ser observado também conforme as declarações de alguns participantes da presente pesquisa as mudanças em suas práticas religiosas, no qual sua fé e a confiança em Deus aumentaram devido ao diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida. Lestari *et al.* (2023) corroboram ao verificarem que a compreensão dos pacientes sobre a sua religião e atividades religiosas estavam diretamente relacionadas com a sua saúde ou doença.

Por fim, infere-se que há influência de características sociais, como baixa escolaridade e baixa renda, na espiritualidade e religiosidade dos pacientes. Os resultados do presente estudo e os identificados por Zandavalli *et al.* (2020), apresentaram dados similares em relação ao nível de espiritualidade, religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, diante de um contexto social vulnerado. É possível compreender também que diante do cenário do presente estudo, a precariedade na oferta de serviços públicos e a falta de acesso aos serviços essenciais, não influenciaram negativamente os níveis de espiritualidade e religiosidade dos participantes.

Desse modo, pode-se concluir que no que tange a integralidade do sujeito e seu bem-estar espiritual, tais resultados corroboram com a teoria do cuidado de Jean Watson (2008), a

qual envolve o cuidado em sua totalidade a partir da subjetividade, da valorização do indivíduo e do respeito e da atenção às crenças, aos cultivos e às práticas espirituais, assim como os impactos para a vida desses sujeitos.

7 CONCLUSÃO

Entende-se que os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e seus cuidadores no contexto de vulnerabilidade social apresentam alta nível de espiritualidade por meio de práticas de pensamento positivo, contato com a natureza e família e conexão com um ser superior.

Da mesma forma, o alto nível de religiosidade não organizacional, representada pela dedicação a atividades como rezas, meditações ou contato com textos religiosos e de religiosidade intrínseca, caracterizada pela vivencia e dedicação a ligação com Deus (ou Espírito Santo), demonstraram as formas diferenciadas de mensurar a espiritualidade por meio da relação dos participantes com o seu sagrado. Desse modo, infere-se que o cenário vulnerado não minimiza o contato dos participantes com o transcendente e com a busca do sentido.

Sendo assim, foram encontradas correlações significativas entre o nível de espiritualidade e a fé, as práticas de oração, o contato com a família e a ajuda ao próximo; entre práticas espirituais que ajudam a saúde física e mental com o pensamento positivo, o contato com o ambiente; e o auxílio no conforto; e entre a fé, as crenças e os valores espirituais, que os direcionaram em suas ações ao se sentirem mais preparados para a vivencia do dia a dia.

No que se refere a religiosidade e a frequência de ida a igreja, templos ou encontros religiosos, identifica-se que o avanço da doença dos pacientes e a falta de tempo dos cuidadores, devido a demanda de cuidados, podem influenciar na periodicidade e frequência nas reuniões. Outrossim, verifica-se que a espiritualidade e a religiosidade são práticas que potencializam o cuidado de familiares e cuidadores e são formas de diminuir a sobrecarga física e emocional diante do cuidado a um paciente em cuidados paliativos.

Destaca-se ainda com tais resultados, a relevância da abordagem espiritual em todos os contextos sociais e diante do enfrentamento de uma doença ameaçadora da vida, reforçando a importância do aperfeiçoamento dos profissionais de saúde em realizar o cuidado espiritual dos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

Além disso, observa-se que conhecer as necessidades espirituais dos indivíduos, ao garantir um acolhimento integral, proporciona impactos positivos na saúde, qualidade de vida e bem-estar físico, emocional, social e espiritual. Dessa forma, há a necessidade do aprimoramento dos profissionais de saúde acerca desse assunto, em busca da abordagem espiritual e completa de pacientes, familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

ABEL, J.; KELLEHEAR, A.; KARAPLIAGOU, A. Palliative care-the new essential. **Annals of Palliative Medicine**, v. 7, n. 2, p. S3-S14. 2018. DOI: 10.21037/apm.2018.03.04. Disponível em: <https://apm.amegroups.org/article/view/19026/html> Acesso em: 28 abr. 2023.

ACAUAN, L. V.; ABRANTES, C. V.; STIPP M. A. C.; TROTTE, L. A. C.; PAES, G. O.; QUEIROZ, A. B. A. Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.24, p. 1326, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200063. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100605. Acesso em: 12 jul. 2023.

AUGUST, H.; ESPERANDIO, M. R. G. Spiritual Resources of Family Members of Patients in Palliative Care in Brazil. **J Health Care Chaplain.**, v. 28, n.4, p. 555-565, 2021. DOI: 10.1080/08854726.2021.1993120. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709998/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2016. Tradução Luis Antonio Reto, Augusto Pinheiro. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BATSTONE, E.; BAILEY, C.; HALLETT, N. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. **J Clin Nurs.**, v. 29, p. 3609-3624, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15411>. Acesso em: 17 jul. 2023.

BENITES, A. C.; RODIN, G.; LEITE, A. C. A. B.; NASCIMENTO, L. C.; et al. The experience of spirituality in family caregivers of adult and elderly cancer patients receiving palliative care: A meta-synthesis. **European journal of cancer care**, v.30, n.4, p. e13424, 2021. DOI: 10.1111/ecc.13424. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33547680/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRAGHETTA, C. C.; GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; MARTINS, C. B.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F. P.; LUCCHETTI, G.; VALLADA, H. Development of an Instrument to Assess Spirituality: Reliability and Validation of the Attitudes Related to Spirituality Scale (ARES). **Front. Psychol.**, v. 12, p. 10, 2021. DOI: /10.3389/fpsyg.2021.764132. Disponível em: <file:///C:/Users/20L%C3%BAcia/Downloads/fpsyg-12-764132.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710 . Acesso em: 14 set. 2022.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de Cuidados Paliativos** - ANCP. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. DOI: 10.9788/TP2013.2-16. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 set. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 10 jun.2023

CHANG, E. C.; YU, T.; LEE, J.; KAMBLE, S. V., BATTERBEE, C. N-H; STAM, K. R; CHANG, O. D; NAJARIAN, A. S-M.; WRIGHT, K. M. Understanding the Association Between Spirituality, Religiosity, and Feelings of Happiness and Sadness Among HIV-Positive Indian Adults: Examining Stress-Related Growth as a Mediator. **J Relig Health**, [S. l.], v 57, n.3, p. 1052-1061, 2018. DOI: 10.1007/s10943-017-0540-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-017-0540-8> Acesso em 29 abr. 2023.

CHEN, J.; LIN, Y.; YAN, J.; WU, Y.; HU, R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. **Palliat Med.**, [S. l.], v.32, n.7, p. 1167-1179, 2018. DOI: 10.1177/0269216318772267. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216318772267?casa_token=YwrjOfGkEXsAAAAA:US2QgnMutqZ-Z1nEYWRZhBOF6PeX3g8u6Rhq-vEoy8S8c_WPP9TqijGAdzIP2yS8fxuBn7sOKc_-FQ. Acesso em: 18 jul. 2023.

CHEN, J.; YOU, H.; LIU, Y.; KONG, Q.; LEI, A.; GUO, X. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. **Medicine (Baltimore)**, v.100, n.1, p. e24264, 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000024264. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7793354/> Acesso em: 18 jul. 2023.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed., Penso, Porto Alegre., 2013. 288p.

CRIZE, L. B.; NOGUEZ, P. T.; OLIVEIRA, S. G.; BEZERRA, B. C. C. Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. **Salusvita**, v.37, n.3, p.577-597. 2018. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_08.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

CRUZ, M. É. A.; et al. Sobrecarga do cuidador de pacientes atendidos na atenção domiciliar. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.14, p. e244235, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244235. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/244235/35141> Acesso em: 18 jul. 2023.

ÇALIK, K. Y.; KÜÇÜK, E.; HALIMOĞLU, B. The effect of an educational palliative care intervention on the quality of life of patients with incurable cancer and their caregivers. **Support Care Cancer**, [S. l.], v. 30, p 2427–2434, 2022. DOI: 10.1007/s00520-021-06672-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06672-1#citeas>. Acesso em: 16 jul. 2023.

ESPERANDIO, M. R. G.; CALDEIRA, S. (org.). Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira. **PUCPRESS**, Curitiba, 2022. v. 1, p. 410. Disponível em: <https://www.pucpress.com.br/publicacoes/espiritualidade-e-saude-fundamentos-e-praticas-em-perspectiva-luso-brasileira/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Rev. Bioét.** Brasília, v. 28, n.3, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020283419. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2242/2426 Acesso em: 18 jul. 2023.

ESPERANDIO, M. R. G.; MICHEL, R. B.; TREBIEN, H. A. C.; MENEGATTI, C. L. Copping religioso/espiritual na antessala de UTI: Reflexões sobre a integralidade da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações**, Belo Horizonte, v.12, n.22, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2017v12n22p303/12912> Acesso em: 28 abr. 2023

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; NÓBREGA, M. M. L.; VASCONCELOS, M. F.; VIANNA, A. C. G. Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 5, n.4, p. e20045 2020. DOI: 10.12707/RV20045. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388265454015/html/>. Acesso em: 29 abr. 2023.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; BATISTA, P. S. de S.; DUARTE, M. C. S.; MORAIS, G. S. da N.; FRANÇA, J. R. F. de S.; GOMES, B. da M. R. Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.75, n.1, p. e20210029. 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0029. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VWgYdnZt3FGTkQPCP6pXSW/?lang=pt#> Acesso em: 1 mai 2023.

FINKELSTEIN, E. A.; BHADLIA, A.; GOH, C.; BAID, D.; SINGH, R.; BHATNAGAR, S.; CONNOR, S. R. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. **J Pain Symptom Manage.**, [S.l.], v.63, n.4, 2022. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00673-4/fulltext#](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00673-4/fulltext#) Acesso em: 18 jul. 2023.

FILHO, P. L. de M.. Espiritualidade na atenção oncológica pela ótica dos enfermeiros, a luz da teoria de Jean Watson. **Nursing**, São Paulo, [S. l.], v. 25, n. 289, p. 7940–7951, 2022. DOI: 10.36489/nursing.2022v25i289p7940-7951. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2545/3098> Acesso em: 28 abr. 2023.

FLORES, S. L.; MOLINA; E. H.; OSUNA, J. B. VARGAS, R. M.; VICUÑA, M. N. All with You: a new method for developing compassionate communities-experiences in Spain and Latin-America. **Ann Palliat Med** (Public Health Approaches to Palliative Care), [S.l.], v. 7, n. 2, p. S15-S31. 2018. DOI: 10.21037/apm.2018.03.02. Disponível em: <https://apm.amegroups.org/article/view/18857/html>. Acesso em: 28 abr. 2023.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 4, p. 1463–1474, abr. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.21672018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SC3ncDvp9mgfHPDmYzg5Gkc/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 1 mai 2023.

FREITAS, R. A. de; MENEZES, T. M. de O.; SANTOS, L. B.; MOURA, H. C. G.B.; SALES, M. G. S.; MOREIRA, F. A. Espiritualidade e religiosidade no vivido do sofrimento, culpa e morte da pessoa idosa com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n.3, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jtKMXx3PpNRDdBRLZHdyMZC/?lang=pt#> Acesso em: 1 mai 2023.

GARDUÑO-ORTEGA, O.; MORALES-CRUZ, J.; HUNTER-HERNÁNDEZ, M.; GANY F.; COSTAS-MUÑIZ, R. Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast Cancer Survivors. **J Relig Health**, [S.l.], v. 60, n.3, p. 1895-1907, 2021. Doi:10.1007/s10943-020-01147-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8358984/>. Acesso em: 20 mar. 2024..

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. da S. Validação da Escala de Bem-Estar Espiritual para pacientes hospitalizados no período pré-operatório. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 179–185, jul. 2018. DOI: 10.1590/0047-2085000000199. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/X8ds8nwtmH9cyGz8kpyNKfR/#> Acesso em: 28 abr. 2023.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M.; DAGENAIS, P.; GAGNON, M-P.; G., F.; NICOLAU, B; O'CATHAIN, A.; ROUSSEAU, M.C.; VEDEL, I. Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. **J Clin Epidemiol.**, [S.l.], v. 111, p. 49–59, 2019. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2019.03.008. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(18\)30082-9/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(18)30082-9/fulltext). Acesso em: 10 nov. 2023.

HORSFALL, D. Developing compassionate communities in Australia through collective caregiving: a qualitative study exploring network-centred care and the role of the end of life sector. **Ann Palliat Med**, [S.l.], v.7, n.2, p. S42-S51. 2018. DOI: 10.21037/apm.2018.03.14 Disponível em: <https://apm.amegroups.org/article/view/19104/html>. Acesso em: 29 abr. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19**. Notas Técnicas. Nota técnica 01/2020/19 de maio de 2020. Diretoria de Geociências, Rio de Janeiro, 2020. 13 p. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/f9d10a1135cdaa0e845108f06b1c00f1.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 284 p. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1). Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/11605/1/A%20avalia%c3%a7%c3%a3o>

%20do%20paciente%20em%20cuidados%20paliativos%20-
%20cuidados%20paliativos%20na%20pr%20c3%20a1tica%20cl%20c3%20adnica%20-
%20v.%201%20-%202022.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

KLIMASINSKI, M.; BAUM, E. E.; PRACZYK, J.; ZIEMKIEWICZ, M.; S., D.; C., S.; WIECZOROWSKA-TOBIS, K. Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**, [S.l.], v. 19, n. 9, p. 5512, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19095512. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9101665/pdf/ijerph-19-05512.pdf> Acesso em: 14 jul.2023.

KOENIG H. G.; CAMPOS, G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o que**. FE editora, São Paulo, 2013

KOENIG, H. G.; PARKERSON JR, G.R.; MEADOR, K.G. Religion index for psychiatric research. **Am J Psychiatry**, [S.l.], v.154, n. 6, p. 885b-886, 1997. DOI: 10.1176/ajp.154.6.885b. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.154.6.885b>. Acesso em: 20 jun.2023.

KELLEHEAR, A. Compassionate Cities: global significance and meaning for paliative care. Progress in paliative care. **Progress in Paliative Care**, [S.l.], v.28, n.2. p. 115-119, 2020. DOI:10.1080/09699260.2019.1701835. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09699260.2019.1701835?casa_token=B12gRsHB3loAAAAA:chun2DfFgoDgRmXmwTp1B8ngDc9WOKRDIG5U5kFjAM702uumNNeKTPkH1bFN5Xv6iUBGOvPVQ-8foLYb. Acesso em: 28 abr 2023. DOI:

KELLEHEAR, A. Health-promoting paliative care: Developing a social model for practice, **Mortality**, [S.l.], v. 4 n.1, p. 75-82, 1999. DOI: 10.1080/713685967. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/713685967?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 10 marc 2023.

LALANI, N.; DUGGLEBY, W.; OLSON J. Spirituality among family caregivers in paliative care: an integrative literature review. **Int J Palliat Nurs**, [S.l.], v.24, n.2, p.80-91. 2018. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.2.80. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/ijpn.2018.24.2.80>. Acesso em: 29 abr. 2023.

LEITE, L. R.; VERDE, A. P. dos S. R.; OLIVEIRA, F. das C. R. de; NUNES, J. B. C. Abordagem mista em teses de um programa de pós-graduação em educação: análise à luz de Creswell. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 47, p. e243789, 2021. DOI: 10.1590/S1678-4634202147243789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/f6M7smg8gPMxZDGcsDnHFww/#>. Acesso em: 13 set. 2022.

LESTARI, H. S. A.; SUKARTINI, T.; NIHAYATI, H. E. Spiritual well-being in breast cancer patients. **Pedimaternat Nursing Journal**, [S.l.], v. 9, n.1, p. 26-30. 2023. DOI: 10.20473/pmnj.v9i1.42247. Disponível em: <https://e-journal.unair.ac.id/PMNJ/article/view/42247/24183>. Acesso em: 17 jul. 2023.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G.

Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health.**, [S.l.], v. 51, n.2, p. 579–586, 2012. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-010-9429-5>. Acesso em: 18 jul. 2023.

MACHADO, I. L. de O.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade social e proteção - um olhar a partir da bioética de intervenção. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], Supl. v. 14, p. 19, 2019. DOI: 10.26512/rbb.v14iedsup.24127. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/24127>. Acesso em 29 abr. 2023.

MAIELLO, A.P.M.V.; COELHO, F.P.; MESSIAS, A. de. A.; D'ALESSANDRO, M.P.S. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês. Ministério da Saúde. 2020.

MATHEW-GEEVARUGHESE S. E. M., CORZO O., FIGURACION E. Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care. **Prim Care.** [S.l.], v.46, n.3, p.399-413, sep. 2019. DOI:10.1016/j.pop.2019.05.006 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009545431930034X?via%3Dihub>. Acesso em: 28 abr. 2023.

MATTOS, C.G.B.; SILVA, J.V. (org.). **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Iátria/Saraiva; 2011. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Teorias_de_Enfermagem/4YuwDwAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&dq=ficha+catalogr%C3%A1fica+do+livro+Teorias+de+Enfermagem+de+Braga+e+Silva&printsec=frontcover. Acesso em: 28 abr. 2023.

MENDES, B.V.; DONATO, S.C.T.; SILVA T.L.de.; PENHA, R.M.; JAMAN-MEWES, P.; SALVETTI, M.de.G. Spiritual well-being, symptoms and performance of patients under palliative care. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.76, n.2, p. e20220007, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y8n5pLrycgvyC7wspGN77bc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2023.

MENDONÇA, A.B.; PEREIRA, E.R.; BARRETO, B.M.F.; SILVA, M.C.R.A. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0081>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MILLER, M., ADDICOTT, K.; ROSA, W. E. Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. **Am J Nurs**, [S.l.], v.123, n.2, p. 54-59, 2023. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9983559/>. Acesso em: 1 mai 2023.

MOREIRA, W.C.; NÓBREGA, M.P.S.S.; LIMA, F.P.S.; LAGO, E.C.; LIMA, M.O.. Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a sistematic review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, p. e03631, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2019012903631. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/re USP/a/K9SV9wbjLjXRfPcxj66gSgr/?lang=en#> Acesso em: 01 fev 2023.

NASUTION, L.A.; AFIYANTI, Y.; KURNIAWATI, W. Effectiveness of Spiritual Intervention toward Coping and Spiritual Well-being on Patients with Gynecological Cancer. **Asia Pac J Oncol Nurs**, [S.l.], v.7, n. 3, p. 273-279, 2020. DOI: 10.4103/apjon.apjon_4_20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325779/>. Acesso em: 20 nov 2023.

O'CALLAGHAN, C.; SEAH, D.; CLAYTON, J. M.; WELZ, M.; KISSANE, D.; GEORGOUSOPOULOU, E. N.; MICHAEL, N. Palliative Caregivers' Spirituality, Views About Spiritual Care, and Associations With Spiritual Well-Being: A Mixed Methods Study. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**®, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 305-313, 2020. DOI: 10.1177/1049909119877351. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049909119877351?casa_token=KYIPM4Q449wAAAAA:lj1EEJEnrL1vRXRTpP2BPhVrgsJa9DEfQbkThUT7iq6-ZE66g2n04sQOUZ0ZzUapQhpVyCyHbgY5vQ. Acesso em 29 abr. 2023.

OLIVEIRA, L.A.F.; OLIVEIRA, A.L.; FERREIRA, M.A. Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. **Esc. Anna. Nery**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 5, p. e20210062, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0062. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MLwXFr6mDcnyfd8zdg5BW7w/#>. Acesso em: 1 mai 2023.

PALLIATIVE CARE AUSTRALIA. **Compassionate communities: an implementation guide for community approaches to end of life care**. [Internet]. 2018; p: 1-17. Disponível em: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/09/An-implementation-guide-for-community.pdf. Acesso em: 1 mai 2023.

PALLIUM CANADA, BC CENTRE FOR PALLIATIVE CARE AND HOSPICE PALLIATIVE CARE. **Evaluation Guide for Compassionate Communities**. [Internet]. 2023; 39p. Ontario. Canada. Disponível em: <file:///C:/Users/Downloads/Pallium-EvaluationGuide-EN-2023.pdf>. Acesso em: 1 mai 2023.

PALUMBO, I.C.B.; SOUZA, C.A.B.; DIAS, J.A.O.; ROCHA, L.S. A importância da religião no contexto dos cuidados paliativos no Hospital do Município de São Paulo. **Sacrilegens**, [S.l.], v.19, n. 1. 2022. DOI: 10.34019/2237-6151. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/37790>. Acesso em: 28 abr. 2023.

PENMAN, J. Cognitive and Behavioral Changes Arising From Spirituality. **J Relig Health**, [S.l.], v.60, n.2, p.4082-4096. 2021. DOI: 10.1007/s10943-021-01321-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-021-01321-7>. Acesso em: 28 abr. 2023.

PERINI, C.C.; SALGADO, R.C.F.; SOUZA, W. BIOHCS: bioética e espiritualidade. **Série Bioética**, v. 15, p. 234, 2021. DOI: 10.24824/978652511568.9. Disponível em: <https://www.editoracrv.com.br/produtos/detalhes/36451-biohcs-brbioetica-e-espiritualidade-brserie-bioetica-volume-15>. Acesso em: 24 mar 2024.

PEREIRA, F.M.T. (Editor). TOLOI, D.A.; ANDRADE, P.A.S.; BRANCO, T.P. (Edit. Assoc). **Espiritualidade e Oncologia: conceitos e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 1ª edição (31 jul 2018), 200 p.

PHILIP, R.R.; VENABLES, E.; MANIMA, A.; TRIPATHY, J.P.; PHILIP, S. “Small small interventions, big big roles”- a qualitative study of patient, care-giver and health-care worker experiences of a palliative care programme in Kerala, India. **BMC Palliative Care**, [S.l.], v.18, n. 16. 2019. DOI: 10.1186/s12904-019-0400-2. Disponível em: <https://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0400-2> . Acesso em: 28 maio 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7th Edition, Artmed, Porto Alegre, 2011.

R CORE TEAM (2023). **R: A Language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.

REGO, F.; GONÇALVES, F.; MOUTINHO, S.; CASTRO L.; NUNES, R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. **BMC Palliative Care**, [S.l.], v. 19, n.1:22, p. 1-14, 2020. DOI: 0.1186/s12904-020-0525-3. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035674/pdf/12904_2020_Article_525.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

ROCHA, R.C.N.P.; PEREIRA, E.R.; SILVA, R.M.S.R.A.; MEDEIROS, A. Y. B. B. V.; et al. Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71. n. 6, p.279-9. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0873. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TxQ5K957LDrGF9Qx6BG3TYc/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 28 abr. 2023.

RODRIGUES, C.A.B.; SCHRAMM, F.R. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2. 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022302531PT. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2765/2885 Acesso em: 28 abr. 2023.

ROGERS, M.; HARGREAVES, J.; WATTIS, J. Spiritual Dimensions of Nurse Practitioner Consultations in Family Practice. **J Holist Nurs**, [S.l.], v. 38 n. 1, p. 8-18, 2020. DOI: 10.1177/0898010119838952. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010119838952?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed . Acesso em: 01 maio 2023.

SANTOS, C.E.; CAMPOS, L.S.; BARROS, N.; SERAFIM, J. A.; KLUG, D.; CRUZ, R.P. Palliative care in Brasil: present and future. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 796–800, 2019. DOI: 10.1590/1806-9282.65.6.796. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lhy5nrPKrML5kdhqkT7sFs/#>. Acesso em: 19 jul.2023.

SANTOS, L.D.A.; MARTINS, P.G.; SANTOS, T.R.; RAMALHO, M.F.; LEAL,G.S.; PILGER, C. Religiosidade e enfrentamento religioso e espiritual de idosos participantes de um

centro de convivência. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 19, p.e45723, 2020. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v19i0.45723. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612020000100255. Acesso em 17 jul. 2023.

SCHRAMM, F.R.. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v.16, n.1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/BIOETICA%20DE%20PROTECAO.pdf> Acesso em: 29 abr. 2023.

SELMAN, L.E.; BRIGTHON, L.J.; SINCLAIR, S.; KARVINEN, I.; EGAN, R.; SPECK, P.; POWELL, R.A. DESKUR-SMIELECKA, E. GLAJCHEN, M.; ADLER, S.; PUCHALSKI, C.; HUNTER, J.; GIKAARA, N.; HOPE, J.; COLLABORATIVE, InSpirit. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. **Palliative Medicine**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 216–230, 2018. DOI: 10.1177/0269216317734954. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758929/> . Acesso em: 29 abr. 2023.

SILVA, A.E.; COELHO, F.B.P.; PEREIRA, F.M.M.; CASTRO, I.C.; BRAGA, L.S.; MENEZES, M.F.; MESQUITA, P.S.; MARTINS, R.M.R.; RIBEIRO, S.A.; CARVALHO, T.V. Cuidados paliativos em favelas no Brasil: Uma revisão integrativa. **Research, society and development** [S.l.], v.6, n.10, p.e55110616183, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.16183. Disponível em: <file:///C:/Users/20L%C3%BAcia/Downloads/16183-Article-206559-1-10-20210609.pdf> Acesso em: 28 abr. 2023.

SIQUEIRA, J.; FERNANDES, N.M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v.41, n.1: 22-28, 2019. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0096. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/zfbVFCk3tszCyDdFcPcqBkK/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2023.

SOUSA, G.S.; SILVA, R.M.; REINALDO, A.M.S.; SOARES, S.M.; GUTIERREZ, D.M.D.; FIGUEIREDO, M.L.F. "We are humans after all": Family caregivers' experience of caring for dependent older adults in Brazil. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 27-36, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30172020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bk3BFy4P3jffFtmnkcC74v/?lang=pt> Acesso em: 18 mar 2024.

SLEEMAN, K. E; BRITO, M. de; ETKIND, S.; NKHOMA, K.; GUO, P.; HIGGINSON, I.J; GOMES, B.; HARDING, R. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet**, Global health., [S.l.], v7, p. e883-e-892, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30172-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30172-X/fulltext). Acesso em: 29 abr. 2023.

SPEZANI, R. dos S.; MANUEL, D.; PEREIRA, P.; NASCIMENTO, J. A espiritualidade no cuidado paliativo em insuficiência cardíaca, à luz da Teoria de Jean Watson. **Revista Pró-UniversUS**, Vassouras, v. 10, n. 2, p.64-69, 2019. OI: /10.21727/rpu.v10i2.1904. Disponível

em: <http://editora.universidadedevasouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1904/1294>. Acesso em: 29 abr. 2023. D

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disord.**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 385-393, 2013. DOI: 10.1111/bdi.12069. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bdi.12069>. Acesso em: 05 jul 2023.

TAUNAY, T. C. D.; GONDIM, F. de A. A.; M., D.S.; M., A.; GURGEL, L. de A.; ANDRADE, L.M.S.; CARVALHO, A.F. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de DUKE (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012. DOI: /10.1590/S0101-60832012000400003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?lang=pt#> . Acesso em: 14 set. 2022.

THIENGO, P.C.S.; GOMES, A.M.T.; MERCÊS, M.C.C. das; COUTO, P.L.S.; FRANÇA L.C.M.; SILVA, A.N. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e58692, 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58692. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>. Acesso em: 1 maio 2023.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32- item checklis for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, [S.l.] v. 19, n. 6: p. 349–357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 1 nov. 2023.

TÜRK BEN POLAT, H.; KIYAK S. Spiritual Well-Being and Care Burden in Caregivers of Patients with Breast Cancer in Turkey. **J Relig Health.**, [S.l.] v.62, n. 3, p. 1950-1963, 2023. DOI: 10.1007/s10943-022-01695-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9734401/>. Acesso em: 06 abr 2023.

VENTURA-LÉON, J., PEÑA-CALERO, B.N. El mundo no debería girar alrededor del alfa de Cronbach ≥ 7 . Carta al Editor, **Adicciones**, [S.l.] v.33, n.4, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/20L%C3%BAcia/Downloads/1576-4798-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/20L%C3%BAcia/Downloads/1576-4798-3-PB%20(1).pdf) Acesso em: 14 jul. 2023.

V. ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GÖTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P.; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **J Clin Epidemiol.**, [S.l.] v.61, n.4, p. 344-349, 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(07\)00436-2/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(07)00436-2/fulltext). Acesso em: 4 nov. 2023.

WATSON, J. Nursing: **The Philosophy and Science of Caring**. Revised Edition. University Press of Colorado, 2008, p.366. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn>. Acesso em 12 jan 2023.

WATSON, J. **Caring Science as Sacred Science**. Great Britain: Lotus Library, jun 2021. 228 p.

WISESRITH, W.; SUKCHAROEN, P.; SRIPINKAEW, K. Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients. **Asian Pac J Cancer Prev.** [S.l.] v. 22, n.12, p. 3773–3779, 2021. DOI:10.31557/APJCP.2021.22.12.3773. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9080357/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Newsroom. Health topics. **Palliative Care.** WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> Acesso em: 19 jul. 2023.

ZANDAVALLI, R.B.; da SILVEIRA, J.B.S. dos S.; BUENO, Rubens Miqueletti; dos SANTOS, Daniel Teixeira; de CASTRO FILHO, Eno Dias; MOSQUEIRO, Bruno Paz. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2213, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2213 Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2213/1538>. Acesso em: 30 jun. 2023.

ZARGANI, A.; NASIRI, M., HEKMAT, K.; ABBASPOUR, Z.; VAHADI, S. A Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. **Asia Pac J Oncol Nurs,** [S.l.] v. 5, n. 2, p. 217-222, 2018. DOI: 10.4103/apjon.apjon_65_17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5863432/>. Acesso em: 12 set. 2022.

APÊNDICE A - Questionário de Caracterização da Amostra

1) Qual é o seu sexo?

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não informar

2) Qual a sua idade? _____ anos.

3) Você tem alguma religião?

- Sim Não

Caso tenha, qual religião é?

- Católico Evangélico Umbanda Candomblé Espiritismo
 Outros _____

Caso não tenha religião, você acredita em Deus?

- Sim Não

4) Qual seu nível de escolaridade?

- Ensino Fundamental Completo
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Analfabeto (a)

5) Qual o valor da sua renda?

- Sem renda
 Até 1 salário mínimo (1212,00)
 De 1 a 2 salários mínimos
 Mais de 3 salários mínimos.

6) Quantas pessoas moram com você? _____.

Caso more com alguém, todas essas pessoas trabalham?

- Sim Não

7) Qual é o seu diagnóstico? _____.

8) Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico?

- Menos de 6 meses
 De 6 meses a 1 ano

Mais de 1 ano

9) Qual o seu estado civil?

Solteiro

Casado

União estável

Viúvo (a)

APÊNDICE B – Roteiro Semiestruturado para o Paciente

- 1) Caso você tenha uma religião, você recebe visitas de líderes religiosos? Se recebe, como é a abordagem? No caso de resposta negativa, gostaria de receber?
- 2) Você acha que após o diagnóstico sua prática religiosa aumentou ou diminuiu? Qual foi o motivo dessa mudança?
- 3) De que forma você acha que sua religião está relacionada com seu diagnóstico?
- 4) Qual o significado de espiritualidade para você?
- 5) Você se sente capaz espiritualmente para lidar com a evolução da sua doença?
 Preparado
 Pouco preparado
 Não penso sobre isso
- 6) Caso você seja uma pessoa espiritual, o que você faz para manter sua espiritualidade?
- 7) Você acredita que a espiritualidade e/ou religião auxilia na sua tomada de decisão? De que forma?
- 8) O que é bem-estar espiritual para você?
- 9) De que maneira você considera que o bem-estar espiritual pode influenciar na vida de uma pessoa?
- 10) De que forma uma pessoa consegue alcançar bem-estar espiritual?
- 11) No seu ponto de vista, atualmente, você sente conforto e tranquilidade?
- 12) De que maneira a prática espiritual e/ou religiosa pode oferecer paz e sentido para sua vida?
- 13) Durante uma consulta ou internação você já recebeu alguma assistência espiritual pela equipe de saúde? Qual foi a assistência?

APÊNDICE C – Roteiro Semiestruturado para o Cuidador

- 1) Qual a sua relação com o doente?
- 2) Você sente obrigação de realizar o cuidado a esse doente? Porque?
- 3) No seu ponto de vista, como você faz para não colocar as suas necessidades de lado em função de cuidar desse doente?
- 4) Descreva o papel da religião na sua vida.
- 5) Caso você tenha uma religião, você recebe visitas de líderes religiosos? Se recebe, como é a abordagem? No caso de resposta negativa, gostaria de receber?
- 6) Na sua opinião, realizar orações e/ou ir a instituições religiosas ajuda a você lidar melhor com o doente e a doença dele? Se a resposta for positiva, de que forma ela auxilia você?
- 7) Qual o significado de espiritualidade para você? De que maneira você se considera uma pessoa espiritualizada?
- 8) Após o diagnóstico do paciente houve mudanças relacionadas a sua prática espiritual e/ou religiosa? Caso sua resposta seja positiva, quais mudanças foram?
- 9) Você se sente capaz espiritualmente para lidar com a evolução da doença do seu familiar?
 Preparado
 Pouco preparado
 Não penso sobre isso
- 10) Você conversa sobre espiritualidade e ou religião com o doente paliativo que você presta cuidados? O que leva você a realizar ou não essa conversa?
- 11) Você se sentiria em paz com a morte do seu familiar, entendendo que seria o melhor pra ele devido as condições da doença? Como você acha que conseguiria buscar o bem-estar espiritual?
- 12) De que maneira você acha que a prática espiritual e/ou religiosa pode auxiliar a você se sentir em paz com a situação vivenciada?
- 13) Você já recebeu alguma assistência espiritual pela equipe de saúde? Qual foi a assistência?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **A Dimensão Espiritual de Pacientes em Cuidados Paliativos e seus Cuidadores de uma Comunidade Compassiva de favela: estudo de método misto**, que tem como objetivos: geral: **avaliar a espiritualidade, a religiosidade e o bem-estar espiritual de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma Comunidade Compassiva de favela**, e específicos: **verificar a espiritualidade e a religiosidade através de escalas validadas de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma Comunidade Compassiva; compreender as percepções dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores sobre a espiritualidade, a religiosidade e o bem-estar espiritual em uma Comunidade Compassiva.**

A coleta de dados da pesquisa terá duração de **6 meses**, com o término previsto para **abril de 2023**.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em **responder 1 questionário que será a ficha de caracterização, o preenchimento de 2 escalas e a participar de uma entrevista semiestruturada individual**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco **de surgir algum desconforto emocional e/ou constrangimento, gerados por lembranças e/ou respostas as perguntas realizadas na entrevista devido a situações e experiências em sua vida**. O (A) responsável pela realização do estudo compromete-se a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa **com a interrupção momentânea da entrevista ou a interrupção permanente da entrevista, se assim desejarem os participantes. Como também serão tranquilizados e acolhidos pelo pesquisador.**

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa **serão a construção de conhecimento científico sobre o tema estudado para aprofundamento da compreensão dos profissionais de saúde, como também, a possibilidade de nortear intervenções da equipe de saúde aos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores.**

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, por meio de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob a guarda e a responsabilidade do pesquisador responsável, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na Resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo em que constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Marcela Teixeira de Souza

Pesquisador responsável

E-mail: marceelateixeira@gmail.com

Cel: (21)97906-0707

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de
Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de
Janeiro. Tel: 21-3938-0962

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisadora: _____

ANEXO A - Escala de Atitudes relacionadas à Espiritualidade (ARES)

ESCALA DE ATITUDES RELACIONADAS À ESPIRITUALIDADE (ARES)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Antes de responder, leia as instruções: Espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal sobre questões relacionadas com o sagrado, com Deus e com o sentido da vida. A espiritualidade pode se manifestar de forma independente da religião. Isto é, pessoas espiritualizadas podem ou não ter religião. Por favor, responda com atenção, o quanto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo sobre Espiritualidade:

	Discordo muito	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito
1. Eu acredito em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior).	1	2	3	4	5
2. Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.	1	2	3	4	5
3. Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.	1	2	3	4	5
4. Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia-a-dia	1	2	3	4	5
5. Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	1	2	3	4	5
6. Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.	1	2	3	4	5

7. Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Eu acredito em uma continuidade após a morte.	1	2	3	4	5
9. Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia-a-dia.	1	2	3	4	5
10. Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.	1	2	3	4	5
11. Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental.	1	2	3	4	5

Adaptado conforme: Braghetta et al. 2021.

ANEXO B - Escala de Religiosidade de Duke

ESCALA DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

Nome: _____

Data: ____/____/____

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

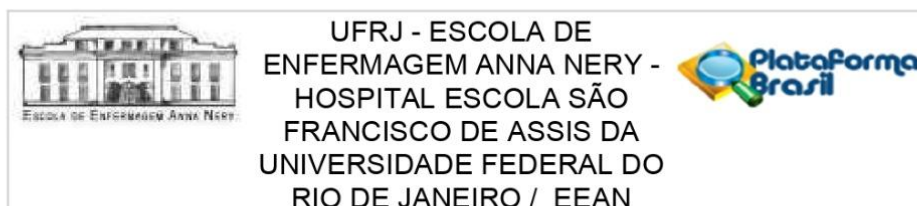
(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

<ol style="list-style-type: none">1. Totalmente verdade para mim2. Em geral é verdade3. Não estou certo4. Em geral não é verdade5. Não é verdade
(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
<ol style="list-style-type: none">1. Totalmente verdade para mim2. Em geral é verdade3. Não estou certo4. Em geral não é verdade5. Não é verdade
(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
<ol style="list-style-type: none">1. Totalmente verdade para mim2. Em geral é verdade3. Não estou certo4. Em geral não é verdade5. Não é verdade

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DIMENSÃO ESPIRITUAL DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS CUIDADORES DE UMA COMUNIDADE COMPASSIVA DE FAVELA: estudo de método misto

Pesquisador: MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64142422.8.0000.5238

Instituição Proponente: ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

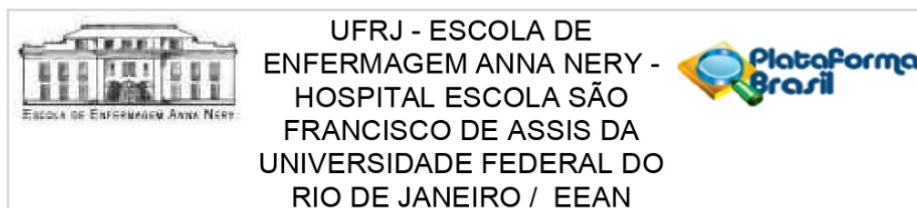
Número do Parecer: 5.735.067

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de Mestrado que se baseia em apoiar e assistir pessoas com doenças ameaçadoras da vida, assim como, seus familiares proporcionando cuidados paliativos através de equipes multidisciplinares e do estímulo da própria comunidade para realizar esse cuidado. À vista disso, a Comunidade Compassiva possibilita também nessas comunidades desmitificar que favela é sinônimo de problema e sim sinônimo de união.

Essas comunidades realizam suas atividades pautadas na compaixão como ferramenta capaz de proporcionar meios para o alívio do sofrimento de um grupo social que convive em cuidados paliativos. A este cuidado pode ser integrado o impacto positivo da espiritualidade e religiosidade nos contextos de doenças cardíacas, câncer, AIDS, doenças neurológicas e morte. O indivíduo com conhecimento religioso tem motivados para minimizar sentimentos de preocupação, depressão, a aumentar a esperança e a fortalecer a fé em diferentes cenários. Além disso, evidencia a influência na diminuição de dias de internação quando os pacientes são beneficiados com algum contato religioso durante sua hospitalização.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeenhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.735.067

Será um estudo com método misto para a coleta, processamento e análise das informações obtidas. O estudo quantitativo será uma pesquisa transversal observacional, já a pesquisa qualitativa será descritiva e exploratória.

O cenário para a coleta de dados serão os domicílios de pacientes e seus cuidadores de duas comunidades localizadas na cidade do Rio de Janeiro, sendo elas a Rocinha e o Vidigal. A população deste estudo compreenderá pacientes e seus cuidadores principais que integram os projetos de extensão UFRJ e UFSJ. Atualmente os projetos de extensão atendem em torno de 30 a 40 pacientes residentes nas comunidades da Rocinha e do Vidigal que possuam alguma doença limitante que ameace à vida.

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa serão: pacientes e/ou seus cuidadores atendidos pelo projeto, de ambos os sexos e maiores de 18 anos.

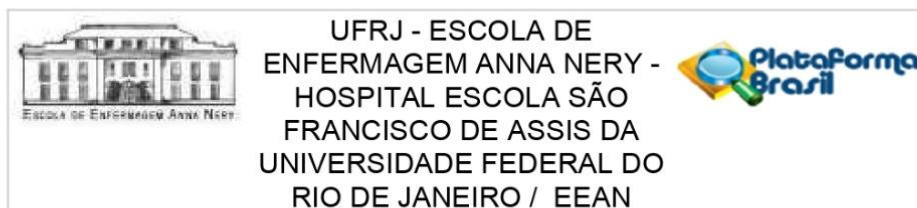
Os critérios de exclusão compreenderão a presença do deterioramento das condições clínicas que ocasionem prejuízos no conforto do paciente e seu cuidador, como, fadiga, dislalia, dispneia, dor mal controlada e outros sintomas, assim como, problemas psiquiátricos previamente diagnosticados, problemas de fala e audição que interfiram na realização da dinâmica de coleta de dados de ambos os participantes.

A seleção dos participantes se dará por amostragem de conveniência. Serão aplicados 4 instrumentos aos participantes do estudo, sendo eles: a Ficha de caracterização, a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES), Escala de Religiosidade de Duke e o Roteiro de entrevista semiestruturado.

O procedimento para a coleta de dados quantitativos e qualitativos será iniciado a partir da realização das visitas domiciliares mensais realizadas pelas equipes multidisciplinares.

Para análise será utilizado o software SPSS, versão 25.0. A estatística descritiva será utilizada para

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.735.067

determinar a distribuição das características da amostra.

Os dados qualitativos serão processados no software gratuito Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ®).

Pretende-se utilizar a combinação de abordagem quantitativa e qualitativa através da escolha da estratégia incorporada concomitante no qual realizará a análise conjunta dos elementos buscando o aprofundamento do fenômeno e alcance dos objetivos propostos que precisam ser respondidos a partir de diferentes tipos de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar a espiritualidade, a religiosidade e o bem-estar espiritual de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores em uma Comunidade Compassiva de favela.

Objetivos específicos

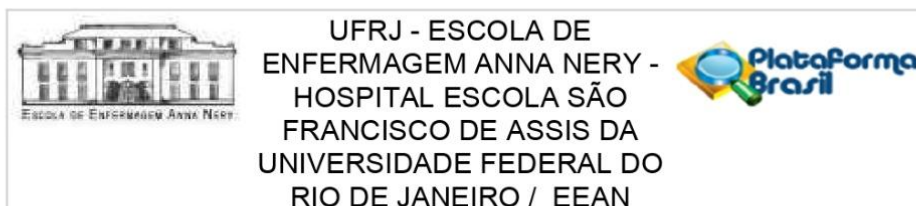
- Identificar a espiritualidade e a religiosidade através de escalas validadas de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de Comunidade Compassiva;
- Compreender as percepções dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores sobre a espiritualidade, religiosidade e o bem-estar espiritual em uma Comunidade Compassiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de surgir algum desconforto emocional e/ou constrangimento, gerados por lembranças e/ou respostas as perguntas realizadas na entrevista e situações e experiências que o sensibilizaram em sua vida. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa com a interrupção momentânea da entrevista ou a interrupção permanente da entrevista, se assim desejar os participantes. Como também serão tranquilizados e acolhidos pelo

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.735.067

pesquisador".

Benefícios:

"Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será a construção de conhecimento científico sobre o tema estudado para aprofundamento da compreensão dos profissionais de saúde, como também, possibilitar nortear intervenções da equipe de saúde aos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisar sobre o tema espiritualidade no cuidado em saúde pode proporcionar conhecimento para os profissionais no aprimoramento e aperfeiçoamento de sua conduta na assistência aos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusão ou pendências.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

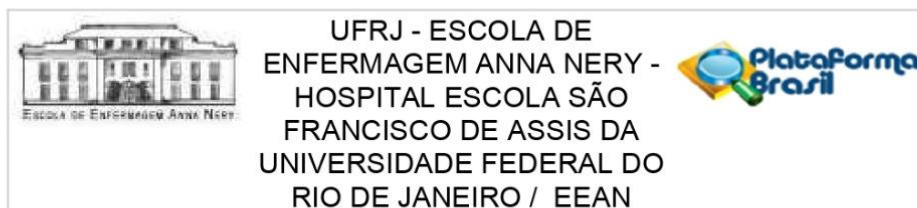
Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do atendimento às pendências, o Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ, de acordo com o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS, APROVOU o Protocolo de Pesquisa ad referendum em 01 de novembro de 2022.

Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema PLATBR para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeenhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.735.067

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2016454.pdf	01/11/2022 07:43:42		Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJ.pdf	01/11/2022 07:37:35	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	01/11/2022 07:30:36	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_modificado.pdf	01/11/2022 07:29:25	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	11/10/2022 09:51:06	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Marcela_Souza.pdf	11/10/2022 05:49:59	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Liana_Trotte.pdf	11/10/2022 05:49:39	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_ao_CEP.pdf	11/10/2022 05:47:59	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Check_List.pdf	11/10/2022 05:47:30	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Anexo_D_Termo_de_Ciencia_do_responsavel.pdf	11/10/2022 05:47:08	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Anexo_C_Termo_de_anuencia.pdf	11/10/2022 05:46:50	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	APENDICE_A_Questionario.pdf	11/10/2022 05:41:47	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	APENDICE_C_Roteiro_Semiestruturado para o Cuidador.pdf	11/10/2022 05:40:25	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	APENDICE_B_Roteiro_Semiestruturado para o Paciente.pdf	11/10/2022 05:34:05	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	11/10/2022 05:32:34	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/10/2022 05:24:23	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/09/2022 14:07:28	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	ANEXO_A_Escala_de_Atitudes_relacio	14/09/2022	MARCELA TEIXEIRA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

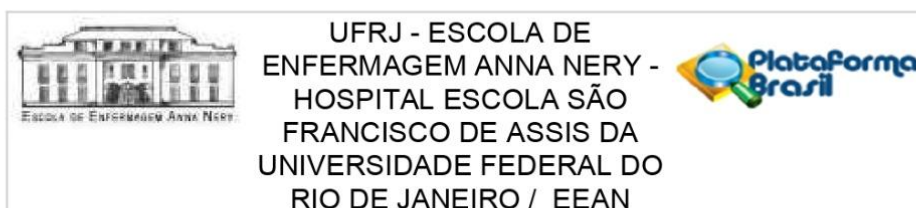
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.735.067

Outros	nadas_a_Espiritualidad.pdf	14:05:48	DE SOUZA	Aceito
Outros	ANEXO_B_Escala_de_Religiosidade_de Duke.pdf	14/09/2022 14:05:15	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/09/2022 14:02:13	MARCELA TEIXEIRA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Novembro de 2022

Assinado por:
Maria Angélica Peres
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeanhesfa@eean.ufrj.br