

# O BEM-ESTAR ESPIRITUAL DE ADULTOS ELEGÍVEIS AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM FAVELAS NO BRASIL

## WELL-BEING OF ADULTS ELIGIBLE FOR PALLIATIVE CARE IN FAVELAS IN BRAZIL

**Layane Cristina Araújo** - layane.ufsj@gmail.com

Graduação, Universidade Federal de São João del Rei Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

**Gabrielle Milagre Silva** - gabriellemilagre@icloud.com

Graduação, Universidade Federal de São João del Rei Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

**Marcela Teixeira de Souza** - marceelateixeira@gmail.com

Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

**Matheus Rodrigues Martins** - matheusrodrigues355@gmail.com

Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

**Alexandre Ernesto Silva** - alexandresilva@ufsj.edu.br

Doutorado, Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

**Resumo:** **Objetivo:** Compreender a percepção de adultos elegíveis aos cuidados paliativos sobre o bem-estar espiritual em um contexto de vulnerabilidade. **Métodos:** estudo qualitativo em que foram incluídos 12 adultos elegíveis aos cuidados paliativos. Os dados foram coletados por meio de um roteiro semiestruturado de entrevistas baseado na escala de bem-estar espiritual. Para a análise dos dados, foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo convencional. **Resultados:** 91,6% dos participantes afirmaram possuir alguma religião e 8,4% relataram não dispor de nenhuma crença religiosa. No entanto, foi possível observar que o bem-estar espiritual se fez presente de forma positiva, mesmo nos contextos em que os sujeitos não dispõem de uma religião. Diante disso, emergiram quatro categorias: o significado de bem-estar espiritual; o papel da espiritualidade/religião na tomada de decisões; práticas para manter a conexão com o sagrado e (Des)assistência espiritual. **Conclusão:** o bem-estar espiritual é uma resposta benéfica no enfrentamento da condição ameaçadora da continuidade da vida e permite importantes reflexões acerca do sentimento positivo quanto à melhora do estado de saúde, não estando ligado necessariamente ao fato de se ter uma crença religiosa. **Contribuições para a prática:** os resultados encontrados evidenciam a necessidade de validar a dimensão espiritual no momento da assistência à saúde e acrescentar estratégias na formação profissional.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Espiritualidade; Áreas de pobreza;

Vulnerabilidade social.

**Abstract: Objective:** To understand the perception of adults eligible for palliative care about spiritual well-being in a context of vulnerability. **Methods:** qualitative study in which 12 adults eligible for palliative care were included. Data were collected through a semi-structured interview guide based on the spiritual well-being scale. For data analysis, the conventional Content Analysis technique was used. **Results:** 91.6% of participants stated that they had some religion and 8.4% stated that they did not have any religious belief. However, it was possible to observe that spiritual well-being was present in a positive way, even in contexts where the subjects do not have a religion. Given this, four categories emerged: the meaning of spiritual well-being; the role of spirituality/religion in decision-making; practices to maintain connection with the sacred and spiritual (Dis)assistance. **Conclusion:** spiritual well-being is a beneficial response in coping with conditions that threaten the continuity of life and allows important reflections on positive feelings regarding improved health status, and is not necessarily linked to the fact of having a religious belief. **Contributions to practice:** the results found highlight the need to validate the spiritual dimension when providing health care and add strategies to professional training.

**Keywords:** Palliative care; Spirituality; Areas of poverty; Social vulnerability.

---

## INTRODUÇÃO

O termo favela se classifica como comunidades urbanas que possuem formas de ocupação irregular, fixados em localizações distantes. Além disso, apresentam um padrão urbano inadequado, com carência de infraestrutura, serviços públicos essenciais, adequação fundiária e urbanística em que a população das comunidades vive em condições socioeconômicas, de saneamento e de moradia precárias<sup>(1)</sup>.

Considerando isso, torna-se válida a discussão acerca do processo de adoecimento e morte nas favelas brasileiras, haja vista que é perceptível que as baixas condições socioeconômicas comprometem o acesso aos serviços de saúde por essa população, o que resulta em um processo de adoecer e morrer em um contexto extremamente vulnerável e sem dignidade<sup>(2)</sup>.

Desse modo, parte-se do conceito de que a vulnerabilidade é compreendida como algo dinâmico, e não específico de um determinado grupo, mas diz respeito a determinadas condições e conjunturas. Nesse contexto, estar vulnerável é estar exposto a riscos econômicos, culturais, naturais e sociais. Além disso, há autores que afirmam a existência de situações em que um indivíduo pode estar necessariamente vivenciando alguma privação, como a pobreza, a doença e um sofrimento que cause prejuízo, sendo estes considerados indivíduos vulnerados<sup>(3)</sup>.

O conceito contemporâneo de vulnerabilidade dialoga diretamente com a visão atualizada da dor total. Cicely Saunders reconheceu que a dor vai além do âmbito físico, abrangendo

dimensões emocionais, sociais e espirituais. Essa perspectiva multidimensional destaca que a dor total é um fenômeno complexo e integral, transcendendo a mera manifestação física. A análise crítica dessa abordagem ressalta que uma ênfase exclusiva na dor física, comum em publicações científicas, pode negligenciar outros aspectos essenciais relacionados à multidimensionalidade da dor, conforme delineado por Cicely Saunders<sup>(4)</sup>.

A escuta atenta de Saunders, que identificou as dimensões física, emocional, social e espiritual, ressalta a importância de uma abordagem não reducionista, que considere as várias facetas do ser humano. Essa perspectiva autêntica destaca a necessidade de cuidados paliativos que vão além da abordagem unidimensional da dor física, alinhando-se com a compreensão mais ampla do fenômeno da dor total<sup>(4)</sup>.

Seguindo esse pressuposto, o Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida não apenas dos pacientes adultos e crianças, mas também de suas famílias que enfrentam problemas concernentes a doenças que ameaçam a vida<sup>(2)</sup>. Pacientes elegíveis aos cuidados paliativos apresentam de forma mais evidente alguns aspectos do sofrimento humano, em que para a identificação e tratamento eficaz da dor, esta deve ser considerada em sua integralidade<sup>(5)</sup>. Nessa perspectiva, estudos sobre cuidados paliativos têm demonstrado que a aproximação com a religião e o desenvolvimento do bem-estar espiritual podem reduzir o sofrimento dos indivíduos diante da questão do fim da vida corpórea<sup>(6)</sup>. Para esta atuação, é possível mensurar por meio de instrumentos validados, o bem-estar espiritual.

O bem-estar espiritual é considerado uma dimensão importante para o equilíbrio do indivíduo e que abrange também o conceito de saúde, fazendo parte de um cuidado integral que é oferecido pela equipe multiprofissional ao paciente<sup>(7)</sup>. Autores ainda afirmam que o bem-estar espiritual é adquirido quando um indivíduo encontra propósito de vida, no qual acarreta um sentimento de paz e de equilíbrio consigo, com o próximo e com a natureza<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, os atributos definidores do bem-estar espiritual incluem: ter um sentimento subjetivo de felicidade, afirmação da autoestima, gerir relações pessoais com uma atitude aberta e de aceitação, possuir uma energia interna<sup>(9)</sup>.

Paralelamente, autores demonstram que para o paciente, o cuidado espiritual foi capaz de proporcionar confiança, reflexão, sentido de vida, autoconhecimento e direcionamento diante da tomada de decisões, sendo possível inferir que o cuidado espiritual é importante para uma assistência holística<sup>(10)</sup>. Há evidência de que, nos cuidados paliativos, um modelo biopsicossocial e espiritual é essencial para abordar o paciente em sua totalidade, sendo ferramenta no processo de reabilitação, cura e superação<sup>(11)</sup>.

Nos últimos anos, percebeu-se a imersão de um cuidado especializado ao sofrimento decorrente das doenças ameaçadoras da vida e incapacitantes, bem como um resgate à experiência mais natural do processo de morrer<sup>(12)</sup>. Dessa forma, a prática dos cuidados paliativos é

necessariamente interprofissional, a fim de acessar e intervir nos diferentes domínios do sofrimento humano incluindo, também, o espiritual<sup>(13)</sup>.

Na plenitude do ser e na atenção espiritual, é essencial concentrar-se na pessoa que está doente, não apenas na doença em si, buscando o bem-estar espiritual como um dos indicadores fundamentais da qualidade de vida<sup>(14)</sup>. Em contextos de cuidados paliativos, a espiritualidade é igualmente reconhecida como uma impulsionadora da qualidade de vida, sendo a fé o componente mais significativo que a representa<sup>(15)</sup>. Nessa perspectiva, nota-se a existência de lacunas do conhecimento quanto aos estudos que tratam da presença do bem-estar espiritual em pessoas moradoras de uma favela, o que evidencia a necessidade da realização de pesquisas futuras.

Dessa maneira, surge a seguinte questão norteadora: diante da vulnerabilidade humana no contexto das favelas, qual a compreensão dos adultos elegíveis aos cuidados paliativos sobre o bem-estar espiritual? Assim sendo, o objetivo deste estudo é compreender a percepção de adultos elegíveis aos cuidados paliativos sobre o bem-estar espiritual em um contexto de vulnerabilidade.

## METODOLOGIA

### Desenho da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, conduzida a partir do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ).

### Crítérios de seleção

A seleção dos participantes para o estudo, se deu por amostragem não probabilística por conveniência, em que foram incluídos parte dos pacientes adultos elegíveis aos cuidados paliativos que estão sob acompanhamento dos profissionais vinculados ao Projeto Comunidade Compassiva realizado em duas favelas na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. A seleção de apenas parte dos adultos elegíveis aos cuidados paliativos foi realizada devido à disponibilidade limitada de quantitativo de pacientes. Portanto, uma amostra representativa foi selecionada com base na viabilidade de acesso aos participantes dentro do contexto das favelas onde a Comunidade Compassiva está localizada. Isso permitiu uma análise significativa dos dados coletados, enquanto garantia a eficiência e a eficácia da pesquisa dentro das limitações operacionais.

Como critério de exclusão da pesquisa, definiu-se aqueles pacientes da Comunidade Compassiva que estavam mentalmente sem condições de responder ao estudo, os quais foram avaliados pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental que consiste em duas partes distintas. A primeira avalia orientação, memória e atenção, com uma pontuação máxima de 21 pontos. A segunda parte aborda habilidades específicas, como nomeação e compreensão, com uma

pontuação máxima de 9 pontos. A pontuação total é de 30 pontos, em que escores mais elevados indicam um melhor desempenho cognitivo<sup>(16)</sup>.

## **Local**

O presente estudo foi desenvolvido nas favelas da Rocinha e Vidigal, localizadas na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, atendidas pelo projeto Comunidade Compassiva, entre setembro e outubro de 2022.

A prática de Comunidade Compassiva surge como uma estratégia de criação de uma cultura baseada na compaixão e no treinamento comunitário, para aumento da qualidade de vida de seus membros que estão em situações de grande vulnerabilidade e sofrimento, e que é complementada com uma abordagem integral de profissionais de saúde atuantes nas comunidades<sup>(14)</sup>. Nessa perspectiva, em busca da integralidade, as Comunidades Compassivas estão enraizadas em uma abordagem de promoção da saúde, com a finalidade de apoiar os membros da comunidade no final da vida<sup>(15)</sup>.

As comunidades mencionadas são assistidas pelo projeto de extensão universitária denominado “Comunidade Compassiva: uma proposta de engajamento social para o fortalecimento dos cuidados paliativos” das Universidades Federais dos municípios do Rio de Janeiro e de São João del Rei em Minas Gerais.

O projeto é composto por profissionais da saúde, voluntários locais e externos, e atualmente atende 22 pacientes. Nesse sentido, há o oferecimento da assistência à saúde a pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores, em que a inclusão dos pacientes no projeto ocorre conforme sua elegibilidade aos cuidados paliativos.

Os profissionais vinculados às Comunidades Compassivas mantêm um registro de informações com dados de cada paciente assistido pela iniciativa, sendo elas, nome completo, idade, endereço e a condição de saúde pela qual o paciente é acompanhado e sendo então, acessadas para o recrutamento dos participantes, bem como para realização do contato inicial com o paciente previamente à data da entrevista.

## **Procedimento de coleta de dados**

As informações foram coletadas por intermédio de encontros previamente agendados que foram realizados no domicílio dos pacientes adultos elegíveis aos cuidados paliativos, em que foi elaborado um roteiro semiestruturado baseado na Escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual* (FACIT-Sp), que abrange temáticas relacionadas a: acreditar em algo sagrado, práticas para se conectar com uma força espiritual, interferência da espiritualidade na saúde física e mental, entre outros<sup>(17)</sup>.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, foram coletadas informações como idade, sexo, religião, escolaridade, estado civil e renda. Já o roteiro semiestruturado preparado reuniu perguntas referentes à relação da prática religiosa exemplificadas por: De que forma você acha que sua religião está relacionada com seu diagnóstico? Você se sente capaz espiritualmente para lidar com a evolução da sua doença? O que é bem-estar espiritual para você? As entrevistas foram realizadas em dia e horário conforme a disponibilidade dos participantes, e do pré-agendamento entre os participantes e o pesquisador.

O contato inicial foi realizado por meio de uma pré-visita, que possibilitou a explicação do objetivo e a finalidade da pesquisa, para, posteriormente ser agendada uma data para realização da coleta de dados. As entrevistas aconteceram em um local de privacidade e individualmente, e o pesquisador garantiu que não houvesse quaisquer constrangimentos ou desconforto ao participante. Para a posterior análise dos dados, as entrevistas foram gravadas em aplicativo de gravador em celular e as informações transcritas foram identificadas por letras e números.

Foi realizado um teste piloto com quatro pacientes no referido local do estudo, com o intuito de alinhar possíveis ajustes nos instrumentos de coleta de dados, em que os resultados do referido teste também fizeram parte da análise.

### **Análise e tratamento dos dados**

Neste estudo, utilizou-se para a análise dos dados, a análise de conteúdo convencional ancorado em Hsieh e Shannon, utilizada em estudos cujo objetivo principal é descrever um fenômeno, especialmente quando a literatura a respeito da temática é limitada<sup>(18)</sup>.

A análise de conteúdo é conduzida por meio da avaliação das categorias, visando descobrir significados que o codificador percebe, de acordo com os temas que emergem no texto. Para categorizar os elementos, é necessário reconhecer suas similaridades, permitindo seu agrupamento com base no propósito do estudo e no referencial teórico, o que requer sensibilidade para compreender seu significado<sup>(18)</sup>.

Assim, a análise de conteúdo convencional inicia-se com leituras repetidas dos textos para compreender o sentido geral. Em seguida, destacam-se as palavras e expressões que possibilitam capturar pensamentos ou conceitos, originando os códigos<sup>(19)</sup>.

Sequencialmente, após a codificação e análise, os códigos são agrupados e classificados em categorias. As categorias e seus significados surgem a partir da dinâmica da análise, permitindo assim, interpretações e concepções sobre a temática<sup>(18)</sup>.

Os dados foram coletados por quatro alunos da graduação em Enfermagem e dois enfermeiros, mestrands, de um programa de pós-graduação entre setembro e outubro de 2022.

Desse modo, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, com um tempo médio

de áudio-gravação de 10 minutos.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado por intermédio do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro Oeste sob o parecer de número 5.465.365/2022 e CAAE de número 48033321.6.0000.5545. Os participantes foram submetidos a uma explicação acerca do objetivo e proposta metodológica da pesquisa e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 12 pacientes que estavam sob cuidados paliativos, moradores de uma favela do Rio de Janeiro, dos quais seis (50%) eram do sexo masculino, na faixa etária de 40 e 78 anos. No que concerne à escolaridade, oito (66,6%) dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto e acerca do estado civil, quatro (33,3%) eram casados, quatro (33,3%) eram solteiros e três (25%) eram divorciados. Em relação à renda, oito (66,6%) participantes receberam até um salário mínimo, e quando questionados sobre a religião, 91,6% dos entrevistados afirmaram possuir alguma religião, sendo cinco (41,6%) católicos, quatro (33,3%) evangélicos, dois (16,6%) espíritas e 8,4% dos entrevistados afirmaram não possuir religião.

Nesse contexto, considerando a análise de conteúdo convencional proposta por Hsieh e Shannon, foram estabelecidas quatro categorias: O significado de bem-estar espiritual; O papel da espiritualidade/religião na tomada de decisões; Práticas para manter a conexão com o sagrado, podendo ser uma força superior, a presença de Deus, entre outros, e (Des)assistência espiritual.

A primeira categoria intitulada - O significado de bem-estar espiritual - revela o entendimento do que é o bem-estar espiritual para os entrevistados:

*Uai, eu acho que é quando estamos bem com Deus não é, com a família e com todos que possamos ajudar também. (E9)*

*Bem-estar espiritual é quando a pessoa está bem. Para a pessoa estar bem com Deus, a pessoa precisa estar bem consigo mesma. Assim tudo flui. Quando você não está bem consigo, nada flui. (E2)*

*Estar bem com você, com o seu corpo, com as pessoas. (E10)*

*É o bem-estar de quando estou sendo fortalecida pelo Senhor. (E8)*

*Eu acho que é ter muita fé, bastante fé não é, é frequentar a igreja. (E6)*

*É paz. (E8)*

Já a segunda categoria trata das menções dos pacientes sobre como a

espiritualidade/religião podem auxiliar na tomada de decisões, que emergiu por meio do questionamento “Como a espiritualidade te auxilia na tomada de decisões?” Nesse sentido, é perceptível a prática religiosa como exemplo, além da busca do bem, do sentido dado às coisas, aos sentimentos, às conquistas e à vida como um todo:

*Ajudando muito a clarear minha mente para poder fazer o que é certo. (E9)*

*Ajuda sim. Eu tenho paz. Não tenho desespero de nada. Tenho fé e só isso. Não tem outra coisa que me chama atenção. (E12)*

*Sim. Ajuda. Tendo muita coragem não é. Eu busco orar. Fé em Deus, tudo ajuda a tomar decisão. (E1)*

*Eu me sinto forte para seguir em frente, é de chorar. Nós somos de carne, nós sentimos. O pior eu passei e estou aqui. Pode ser que essa seja a pior cirurgia, mas a que eu passei, eu sinto que foi pior e eu tenho certeza que Deus vai me capacitar para isso. (E3)*

*Me ajuda a ser uma pessoa mais compreensiva. É por que Deus é amor, e quando penso em fazer alguma besteira, já pensa também que Deus é amor, então falo não, e não faço isso, Deus está comigo, eu não posso fazer algo assim, sabe? (E7)*

Quanto à categoria três, - Práticas para manter a conexão com o sagrado - que emergiu por meio da pergunta “Como você consegue alcançar o bem-estar espiritual?”, os entrevistados relataram os meios utilizados para alcançar o bem-estar espiritual:

*Acho que tendo consciência de que Deus está em nossa vida. Saber que Jesus é nosso salvador e apresenta nossos caminhos. (E8)*

*É com muita fé que você consegue ir em frente. Porque se não tivermos Deus na nossa vida, quem é que vai nos ajudar não é. Além dos irmãos, está Deus primeiramente. (E9)*

*Observando as coisas boas da vida. É melhor ser feliz do que se lamentar. (E6)*

*Oração, pensamento. Sempre orando. Com Jesus na frente, Deus e mais nada. (E5)*

*Não pensar no negativo, só no positivo. (E11)*

*Eu escuto um louvor, coloco uma oração, faço minha oração quando eu vou dormir e quando acordo, rezo pelas pessoas dentro dos hospitais, por quem está doente, por quem está passando necessidade. (E2)*

*Ajudar os outros, aconselhar. Quando as pessoas estão com a doença, eu digo para que tenham fé, que Deus resolve tudo e só Deus pode. (E4)*

Por fim, a quarta categoria - (Des)assistência espiritual - trata do oferecimento ou não de assistência espiritual pelos profissionais que fornecem atendimento à saúde, por meio do questionamento “Você já recebeu alguma assistência espiritual pela equipe de saúde?”:

*Não. Nenhuma. De ninguém. (E9)*

*Não, só eu mesmo, com a minha fé, com a minha força, e a força d’Ele primeiramente, e* 199



*depois a minha. (E3)*

*Não. Eles me atendem de outra forma, falam mais sobre doença. Religião não. Mas eles perguntam que religião é a minha. (E7)*

Ao explorar os desafios espirituais enfrentados pelos participantes em contexto de cuidados paliativos e em uma favela, diversos aspectos podem emergir. Entre eles, estão questões relacionadas à falta de acesso a recursos espirituais e religiosos, como igrejas ou líderes religiosos, devido à localização geográfica e à escassez de serviços disponíveis nessas comunidades. Além disso, a falta de suporte emocional e espiritual adequado por parte dos profissionais de saúde pode ser uma barreira significativa, já que muitos pacientes em cuidados paliativos podem sentir-se isolados e desamparados em relação às suas questões espirituais.

Outro desafio potencial é a presença de crenças religiosas ou espirituais que possam conflitar com as práticas médicas ou os protocolos de cuidados paliativos, exigindo uma abordagem sensível e respeitosa por parte dos profissionais de saúde. Além disso, a própria condição de viver em uma comunidade de favela, com suas características de vulnerabilidade socioeconômica e instabilidade, pode impactar significativamente a espiritualidade dos pacientes, tornando-os mais propensos a enfrentar questões existenciais e de significado durante o processo de fim de vida. Ademais, acrescenta-se o desafio de que muitas vezes não há uma compreensão sensível às dimensões espirituais na prestação de cuidados paliativos, o que pode levar a uma negligência ou subestimação das necessidades espirituais dos pacientes.

Além disso, os fatores culturais desempenham um papel significativo na forma como as pessoas compreendem e buscam o bem-estar espiritual. Em diferentes culturas, as crenças, práticas religiosas e valores espirituais são moldados por tradições transmitidas ao longo das gerações. Esses fatores culturais influenciam as percepções individuais sobre o significado da vida, morte, sofrimento e transcendência. A comunidade desempenha um papel central na construção e manutenção dessas práticas espirituais, oferecendo redes de apoio social e emocional.

## DISCUSSÃO

Os achados encontrados nesta pesquisa por meio das categorias apresentadas, possibilitam a compreensão e o conhecimento sobre a demonstração da presença do bem-estar espiritual em pacientes adultos, em cuidados paliativos e que residem em uma favela brasileira. Assim, ao buscar sentido para a experiência do sofrimento, os pacientes em cuidados paliativos encontram na dimensão espiritual alívio e conforto para melhor enfrentarem tal situação.

Na análise dos dados, verificou-se que a grande maioria dos participantes desta pesquisa afirmou possuir uma religião. Este achado é consistente com estudos anteriores, onde também foi observado um alto índice de afiliação religiosa entre os participantes. Por exemplo, uma <sup>200</sup>

pesquisa anterior com 13 pacientes mostrou que 92,3% deles afirmaram ter uma crença religiosa<sup>(20)</sup>.

Nessa perspectiva, quanto aos 8,4% dos entrevistados que afirmaram não possuir uma religião, observou-se que o bem-estar espiritual também se fez presente de forma positiva, o que evidencia ser possível viver a espiritualidade sem necessariamente ter uma religião. Torna-se importante salientar a discussão acerca da influência da espiritualidade e religiosidade nas preferências de cuidados de saúde. Nessa perspectiva, católicos eram menos propensos a assinarem uma ordem de não ressuscitar e budistas recebiam intervenções mais agressivas no fim de vida<sup>(21)</sup>.

Desta forma, há autores que afirmam que, no que tange às ferramentas de enfrentamento para pessoas em situação de vulnerabilidade, a espiritualidade e a religiosidade podem proporcionar aspectos preventivos para o uso de drogas, promoção de bem-estar, autoeficiência, auto respeito e autocontrole para os adolescentes<sup>(22)</sup>.

Tais resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, em que 66,6% dos entrevistados também possuíam ensino fundamental incompleto, sugerindo que, apesar da vulnerabilidade social, os pacientes moradores das favelas demonstram o bem-estar espiritual e o tem como ferramenta de força e sentido no enfrentamento da doença, bem como mais de 90% dos participantes afirmaram possuir uma religião.

Com relação às narrativas sobre o significado de bem-estar espiritual, os participantes encontram nele o sentido para a conexão com o sagrado, com o eu interior e com os outros de um relacionamento significativo. Autores corroboram ao ampliarem sua visão sobre a abordagem espiritual pela equipe multidisciplinar, no qual destaca que a assistência espiritual é uma fonte de apoio que contribui para o bem-estar e para o enfrentamento das dificuldades cotidianas<sup>(23)</sup>.

No que tange às narrativas sobre o papel da espiritualidade, todos os entrevistados afirmaram que é na espiritualidade e ou religiosidade que buscam o sustento para a tomada de decisões diante da condição de saúde. Evidências disponíveis na literatura também mostram que o aspecto espiritual e religioso foi capaz de proporcionar direcionamento diante da tomada de decisões<sup>(10)</sup>.

Quanto às práticas para a manutenção da conexão com o sagrado, a consciência da presença de Deus foi reconhecida como um recurso importante para manter a conexão com o sagrado ao longo de todo período de tratamento. Para muitos dos participantes do presente estudo, realizar orações, ouvir louvores e estar bem com as outras pessoas, são formas de alcançarem o bem-estar espiritual e a paz interior. Ainda sobre essa categoria, uma pesquisa realizada com pacientes portadores de doenças crônicas também demonstrou que para muitos deles, por meio da oração é possível sentir a presença de Deus devido a presença de um relacionamento e diálogo<sup>(24)</sup>.

No que diz respeito à categoria de (Des)assistência espiritual, a totalidade dos entrevistados afirmaram que nunca haviam recebido assistência espiritual por parte da equipe de saúde, o que evidencia a necessidade de implementar um cuidado profissional que possa abranger o contexto

espiritual em que o paciente está inserido, objetivando uma assistência integralizada. Resultado análogo ao encontrado em uma pesquisa realizada com treze pacientes, em que 76,92% deles apresentaram interesse em conversar com a equipe de saúde sobre as questões espirituais<sup>(20)</sup>. Diante desses resultados, é crucial discutir as implicações práticas para a prestação de cuidados paliativos na favela. Observamos a relevância de integrar abordagens espirituais nos programas de assistência, garantindo uma abordagem holística e sensível às necessidades dos pacientes, visando uma atuação que considere não apenas as questões físicas, mas também as partes emocionais e espirituais. Isso requer uma colaboração estreita entre profissionais de saúde, líderes religiosos e membros da comunidade para promover o bem-estar espiritual dos pacientes e suas famílias.

A abordagem da assistência espiritual pela equipe multidisciplinar pode fortalecer o vínculo e a conexão com o paciente, sendo uma ferramenta complementar no tratamento<sup>(25)</sup>. Nesse sentido, o termo "espiritualidade baseada em evidências" enfatiza que, as atividades espirituais e religiosas melhoram a satisfação e a condição da qualidade de vida do paciente, a satisfação com o atendimento médico, e previne consequências psicológicas negativas. A equipe pode apoiar o paciente por meio da compaixão, solicitude e preocupação<sup>(26)</sup>.

Entretanto, evidencia-se que, em sua maioria, os profissionais relacionam a espiritualidade somente com a religião fazendo com que, o preconceito e a falta de conhecimento se tornem barreiras para que haja essa abordagem na assistência ao paciente. Desse modo, é proposto que a equipe de saúde aprimore diversas competências para a implementação de um cuidado espiritual de alta qualidade, entre as quais: desenvolvimento pessoal, espiritual e profissional; ética do cuidado espiritual; avaliação das necessidades espirituais e intervenções de cuidado espiritual; comunicação empática e compassiva; relações de apoio e colaboração entre a equipe interdisciplinar e inclusão e diversidade<sup>(27)</sup>.

Nessa perspectiva, autores enfatizam a necessidade da implementação de uma abordagem pela equipe de saúde, considerando o cenário religioso e espiritual presente no Brasil, bem como os resultados encontrados, em que 98%, dos participantes afirmaram acreditar em Deus, sendo que 66% se consideram religiosos e espirituais, 20% espirituais, mas não religiosos e 12% religiosos<sup>(28)</sup>.

Dessa maneira, recente estudo enfatizou que os pacientes em cuidados paliativos evidenciaram necessidades espirituais, em que foram encontradas formas de suprir tais necessidades, como, momentos de significado pessoal e propósito de vida. Considerando tal resultado, os pacientes alcançam tranquilidade e qualidade de vida, a partir da relevância de suas necessidades atendidas<sup>(28)</sup>.

Por fim, é crucial que os profissionais de saúde estejam conscientes da necessidade de incentivar ativamente a prática da assistência espiritual nos cuidados paliativos, dado que essa abordagem apresenta uma variedade de significados para o indivíduo e, de fato, auxilia no

enfrentamento dos questionamentos sobre sua própria existência e doença<sup>(27)</sup>. Faz-se necessários subsídios para abranger o paciente integralmente no que tange o equilíbrio entre corpo, mente e alma. Logo, tal iniciativa deveria ser estimulada em Universidades, assim como, novas pesquisas, a fim de colaborar para a familiarização e aprimoramento do conhecimento, visto o impacto positivo da espiritualidade para pacientes com doenças ameaçadoras à vida.

### **Limitações do Estudo**

Com base no exposto, é importante reconhecer algumas limitações deste estudo. A seleção dos participantes foi realizada por meio de amostragem de conveniência, utilizando os registros disponíveis dos pacientes atendidos pelas Comunidades Compassivas, o que pode resultar em uma amostra não representativa da população geral de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, limitando a generalização dos resultados. Além disso, a inclusão dos participantes foi baseada na disponibilidade de registros nas Comunidades Compassivas, o que pode introduzir um viés de seleção, favorecendo a inclusão de pacientes que já estão em contato com os serviços de saúde e excluindo aqueles que não estão registrados ou acessíveis. A exclusão de pacientes que não apresentavam condições mentais para responder ao estudo foi realizada com base na aplicação do Mini Exame do Estado Mental, no entanto, esse critério pode excluir pacientes que, apesar de estarem elegíveis aos cuidados paliativos, poderiam oferecer insights valiosos sobre o tema em questão. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo e ao generalizar suas conclusões para outras populações ou contextos.

## **CONCLUSÃO**

Observou-se que, embora a presença do bem-estar espiritual não tenha sido significativamente intensificada nem reduzida entre os pacientes elegíveis para cuidados paliativos, o estudo revelou aspectos importantes sobre o papel do bem-estar espiritual nesse contexto. A análise aprofundada mostrou que o bem-estar espiritual emergiu como uma resposta benéfica diante dos desafios impostos pela doença e pela condição ameaçadora da continuidade da vida.

Esta constatação evidencia que o bem-estar espiritual oferece apoio crucial, ajudando os pacientes a sustentar sua fé e cultivar uma perspectiva positiva em relação à melhoria do estado de saúde, mesmo sem mudanças significativas em sua intensidade.

## **REFERENCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Favelas e Comunidades Urbanas - Notas metodológicas No 1 - Sobre a mudança de aglomerados subnormais para favelas e comunidades urbanas. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. 81 p. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102062.pdf>. Acesso em: 18 out 2022.

2. Smithman MA, Descôteaux S, Dionne E, Richard L, Breton M, Khanassov V, et al. Typology of organizational innovation componentes: Building blocks to improve access to primary healthcare for vulnerable population. *Int J Equity Health*. 2020;19(174):1-17. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01263-8>. Acesso em: 03 set 2022.

3. Rodrigues CAB, Schramm FR. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. *Rev Bioét [Internet]*. 2022;30(2):355–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302531PT>. Acesso em: 17 ago 2022.

4. Silva RFN, Moura RR. Espiritualidade e sentido de vida em pacientes com dor crônica no contexto de cuidados paliativos. *FRAG [Internet]*. 2023;33(Esp):108-1. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/13494>. Acesso em: 07 ago 2022.

5. Melo CF, Gomes AML. Dor total em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Psicol estud [Internet]*. 2023;280:e53629. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/53629>. Acesso em: 01 jul 2022.

6. Palumbo ICB, Souza CAB de, Dias JAO, Rocha L de S. A importância da religião no contexto dos cuidados paliativos. *SAC [Internet]*. 2022;19(1):256-72. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacilegens/article/view/37790>. Acesso em: 01 jul 2022.

7. Hoseini ASS, Razaghi N, Panah AHK, Nayeri ND. A concept analysis of spiritual health. *J Relig Health*. 2019;58(4):1025-46. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0522-x>. Acesso em: 07 nov 2022.

8. Gomes ET, Bezerra SMMS. Validação da Escala de Bem-Estar Espiritual para pacientes hospitalizados no período pré-operatório. *J bras psiquiatr [Internet]*. 2018Jul;67(3):179–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000199>. Acesso em: 14 nov 2022.

9. Yang CT, Yu S, Chen JO. [Spiritual well-being: a concept analysis]. *Hu Li Za Zhi*. 2010; 57(3):99-104. Chinese. PMID: 20535684. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20535684/>. Acesso em: 14 nov 2022.

10. Lawrence KC, Makhonza LO, Mngomezulu Thanduxolo T. Assessing sources of resilience in orphans and vulnerable children in Amajuba District schools. *J South African Psychol*. 2022;52(3):290-300. doi: <https://doi.org/10.1177/00812463211062771>. Acesso em: 19 nov 2022.

11. Rego F, Nunes R. The interface between psychology and spirituality in palliative care. *J Health Psychol*. 2019;24(3):279-87. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>. Acesso em: 19 nov 2022.

12. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MCC, Couto PLS, França LCM, Silva AN. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e58692. doi: 10.5380/ce.v24i0.58692. Acesso em: 15 set 2022.

13. Artur LF, Bernardino AF, Dornelas DHS, Gomes GF, Campos GA, Araújo IC, et al. Uma abordagem holística ao paciente em cuidados paliativos: Revisão narrativa da literatura. *Braz J Health Ver [Internet]*. 2021;4(5):20627-37. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-171>. Acesso em: 19 nov 2022.

14. Mesquista MGR, Silva AE, Coelho LP, Martins MR, Souza MT, Trotte LAC. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2023(57):e202220432. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022->

0432pt. Acesso em: 13 mai 2022.

15. Dumont K, Marcoux I, Warren E, Alem F, Alvar B, Ballu G, et al. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):131. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01021-3>. Acesso em: 19 nov 2023.

16. Machado JF, Argimon IIL, Bós AJG. Fatores associados ao desempenho no Miniexame do estado mental de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos – um estudo comparativo. *Pajar [Internet]*. 2022;10(1):e42857. doi: <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2022.1.42857>. Acesso em: 03 out 2022.

17. Bezerra JN, Evangelista CB, Cruz RAO, Ferreira FA. Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *InterScientia*. 2019;7(2):160-73. doi: <https://doi.org/10.26843/interscientia.v7i2.930>. Acesso em: 17 nov 2023.

18. Faria-Schützer DB, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2021;26(1):265-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019>. Acesso em: 15 ago 2022.

19. Esperandio MRG, Rosa TS. Avaliação da espiritualidade / religiosidade de pacientes em cuidados paliativos. *Protestant Rev*. 2020;46(1):168-82. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nepp/article/view/3840/0>. Acesso em: 19 nov 2022.

20. Carmo BS, Camargos MG, Santos Neto MFD, Paiva BSR, Lucchetti G, Paiva CE. Relationship between religion/spirituality and the aggressiveness of cancer care: a scoping review. *J Pain Symptom Manage*. 2023;65(5):e425-e437. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.017>. Acesso em: 09 mar 2023.

21. D'Angelo CM, Mrug S, Grosseohme D, Schwebel DC, Reynolds N, Reynolds KG. Coping, attributions, and health functioning among adolescents with chronic illness and their parents: reciprocal relations over time. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019;26:495-506. doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9597-0>. Acesso em: 09 mar 2023.

22. Gardner F, Tan H, Rumbold B. What spirituality means for patients and families in health care. *J Relig Health*. 2020;59(1):195-203. doi: [10.1007/s10943-018-0716-x](https://doi.org/10.1007/s10943-018-0716-x). Acesso em: 05 abr 2022.

23. Alves MES, Barakat SH, Oliveira MPS, Lima BDS, Oliveira TR, Ferreira REB, et al. Spirituality and religiosity in hospitalized patients with chronic pain. *Res Soc Dev [Internet]*. 2022;11(13):e456111335749. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35749>. Acesso em: 09 mar 2023.

24. Turke KC, Canonaco JS, Artioli T, Lima MSS, Batlle AR, Oliveira FCP, et al. Depression, anxiety, and spirituality in oncology patients. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2020;66(7):960-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>. Acesso em: 22 mar 2023.

25. Klimasiński MW. Spiritual care in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021;53(4):350-7. doi: <https://doi.org/10.5114/ait.2021.109920>. Acesso em: 09 abr 2023.

26. Espinel J, Colautti N, Reyes Donoso MM, López Saca JM, Riveros Rios ME, Mazzotti U, et al. Competencies for quality spiritual care in palliative care in Latin America: from the spirituality commission of the Latin American Association for Palliative Care. *Ann Palliat Med*. 2022;11(10):3247-62. doi: <https://doi.org/10.21037/apm-22-519>. Acesso em: 05 mar 2023.

27. August H, Esperandio MRG. Spiritual resources of family members of patients in palliative

care in Brazil. *J Health Care Chaplain*. 2022;28(4):555-65. doi:  
<https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1993120>. Acesso em: 29 mar 2023.

28. Wisarith W, Sukcharoen P, Sripinkaew K. Spiritual care needs of terminal Ill cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2021;22(12):3377-9. doi:  
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.12.3773>. Acesso em: 18 ago 2023.