

Espiritualidade nos cuidados paliativos

Spirituality in palliative care

Sajad Ahmad Buch¹, Mudasir Rashid Baba²

RESUMO

Introdução: A espiritualidade tem um impacto significativo na saúde e no bem-estar de pacientes com doenças avançadas e potencialmente fatais. Nos cuidados paliativos, atender às necessidades espirituais é fundamental para aliviar o sofrimento multidimensional, incluindo a dor emocional, física e espiritual.

Objetivo: Este estudo examina o impacto da espiritualidade nas estratégias de enfrentamento de pacientes em estado terminal e a integração do cuidado espiritual nas práticas paliativas.

Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura para identificar temas relacionados à influência da espiritualidade e da religiosidade nos cuidados paliativos, com foco em mecanismos de enfrentamento, bem-estar espiritual e considerações éticas na prestação do cuidado espiritual.

Resultados: O bem-estar espiritual é essencial para pacientes enfrentando doenças terminais, oferecendo uma defesa contra o desespero no fim da vida. Lidar com questões espirituais envolve avaliar as crenças dos pacientes, explorar sua comunidade espiritual e oferecer encaminhamento para capelania. O cuidado espiritual eficaz inclui controle de sintomas, suporte adequado, revisões de vida, exploração de remorso e perdão, incentivo à expressão religiosa, reformulação de objetivos e foco na cura. O sofrimento existencial em doenças terminais geralmente está associado à ansiedade, depressão e desejo de morte antecipada. A comunicação com o devido respeito ao ritmo e às necessidades do paciente é crucial, pois reflete suas demandas no final da vida. As intervenções espirituais devem ser personalizadas, eticamente responsáveis e baseadas no consentimento informado.

Conclusão: A incorporação da espiritualidade nos cuidados paliativos melhora a qualidade de vida de pacientes terminais, proporcionando um cuidado holístico, promovendo uma experiência digna no final da vida e oferecendo suporte significativo. Considerações éticas são essenciais para respeitar os limites dos pacientes e garantir seu consentimento informado.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Morte; Espiritualidade; Religião.

ABSTRACT

Introduction: Spirituality has a significant impact on the health and well-being of patients with advanced and life-threatening illnesses. In palliative care, addressing spiritual needs is crucial for alleviating multidimensional suffering, including emotional, physical, and spiritual pain.

Objective: This study examines the impact of spirituality on the coping strategies of terminally ill patients and the integration of spiritual care into palliative practices.

Methods: A literature review was conducted to identify themes related to the influence of spirituality and religiosity in palliative care, with a focus on coping mechanisms, spiritual well-being and ethical considerations in the provision of spiritual care.

Results: Spiritual well-being is vital for patients facing terminal illness, offering defense against despair at the end of life. Dealing with spiritual issues involve assessing patients' beliefs, exploring their spiritual community, and offering referral to chaplaincy. Effective spiritual care includes symptoms control, appropriate support, life reviews, exploring remorse and forgiveness, encouraging religious expression, reframing goals and focusing on healing. Existential suffering in terminal illness is usually associated with anxiety, depression and a desire for an early death. Communication with due respect for the patients' pace and needs is crucial, as it reflects their demands at the end of life. Spiritual interventions should be personalized, ethically responsible and based on informed consent.

Conclusion: Incorporating spirituality into palliative care improves the quality of life for terminally ill patients, providing holistic care, promoting a dignified end-of-life experience and offering meaningful support. Ethical considerations are essential to respect patients' boundaries and ensure their informed consent.

Keywords: Palliative Care; Death; Spirituality; Religion.

¹IMU University, School of Dentistry, Clinical Oral Health Sciences, Kuala Lumpur, Malaysia.

²SEGI University, Faculty of Medical and Health Sciences, School of Physiotherapy, Selangor, Malaysia.

Autor correspondente: Sajad Ahmad Buch; **E-mail:** buchh.sajad@gmail.com.

Conflito de interesse: Não foram reportados conflitos de interesse na elaboração deste manuscrito.

Contribuição dos autores: Os autores contribuíram igualmente para a pesquisa relatada neste manuscrito.

Editor-chefe: Rudval Souza da Silva.

Recebido em 6 de agosto de, 2024; Aceito em 8 de novembro de 2024; Publicado em 6 de agosto de 2025.

A espiritualidade é considerada um fator que influencia a saúde de muitas pessoas, sendo um componente vital no tratamento de pacientes que sofrem de doenças avançadas e potencialmente fatais, como a insuficiência cardíaca congestiva e o câncer 1-4. As crenças religiosas e espirituais podem influenciar a forma como as pessoas lidam com suas doenças, causando angústia e agravando o impacto da enfermidade. A espiritualidade é uma dimensão da personalidade e uma parte importante do nosso ser; a religião, por outro lado, é uma construção humana que facilita a conceitualização e a aceitação da espiritualidade1. Os cuidados paliativos e de apoio servem para aliviar o sofrimento do doente. O sofrimento é uma construção multidimensional, biopsicossocial, que engloba a dor emocional, física e espiritual. A área da espiritualidade e da religiosidade é importante quando se avaliam os doentes com doenças graves e terminais, uma vez que pode afetar as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida (Figura 1).

O bem-estar espiritual é considerado um fator crucial para lidar com uma doença terminal avançada. Os doentes terminais debatem-se com dúvidas sobre o sentido da vida, a sua própria moralidade e a presença ou existência de um poder superior. Alguns podem refugiar-se na religião para obter estas respostas, enquanto outros têm fé em outras crenças espirituais. Os pacientes com doenças terminais

que têm uma sensação de bem-estar espiritual apresentam alguma defesa contra o desespero do fim da vida5. Estes resultados mostram o quão importante é abordar as preocupações espirituais de pacientes com doenças terminais. Ao perguntar sobre a crença na espiritualidade, avaliar seu papel na vida, explorar se o indivíduo pertence a alguma comunidade espiritual e oferecer encaminhamento para a capelania, é possível abordar estas preocupações.

Foi delineada uma abordagem para tratar a angústia espiritual por meio das seguintes estratégias6:

- Controle dos sintomas físicos;
- Garantia de apoio;
- Revisões detalhadas da vida para ajudar a entender seu propósito, valor e significado;
- Explorar o remorso, a culpa, a reconciliação e o perdão;
- Possibilitar a expressão religiosa;
- Reformular objetivos; e
- Concentrar-se na recuperação ao invés da cura.

O sofrimento existencial geralmente está presente em doenças terminais e pode ser acompanhado por síndromes como ansiedade, depressão e desejo de uma morte precoce. *“Parece que estou entrando cada vez mais em uma caverna*

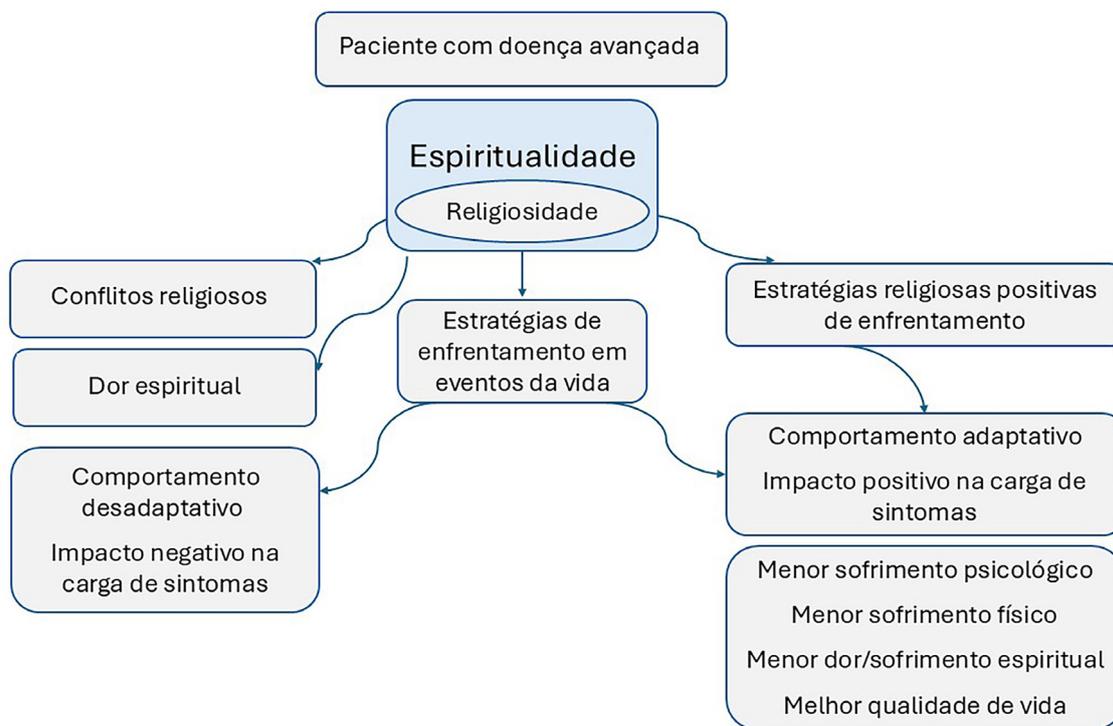


Figura 1. A espiritualidade permite que os pacientes enfrentem diversas situações em suas vidas e lidem com elas com ou sem sofrimento ou angústia.

que está ficando cada vez mais escura e estreita, e não há esperança de sair”.

Os pacientes gostam de receber uma comunicação que lhes permita tentar definir o ritmo e a agenda. As palavras que os pacientes usam nas conversas demonstram sua percepção das necessidades do fim da vida e revelam como é vital avaliar a dinâmica das discussões entre pacientes e médicos⁶⁻⁷. A estrutura existencial pode ser percebida em estudos que avaliaram a busca de significado entre os pacientes indianos de cuidados paliativos, cuja realização pode confortar os pacientes para que evoluam em direção à aceitação de sua condição. A busca por significado e as tentativas de responder à pergunta “por que eu” são frequentemente mencionadas como componentes gerais da espiritualidade. O conceito de espiritualidade é indispensável em todas as culturas e sociedades. Seu valor não se restringe à participação na religião organizada, mas vai além da crença em Deus, no naturalismo, na família, no humanismo, no racionalismo e até mesmo nas artes. Foi comprovado que entre 50% e 95% dos pacientes com câncer consideram a espiritualidade e a religião importantes em suas vidas⁸. Maior religiosidade e espiritualidade estão relacionadas a um enfrentamento mais negativo (sofrimento por causa do castigo de Deus), o que pode levar à redução da qualidade de vida, angústia e sofrimento⁹. Em ambientes de cuidados paliativos, os pacientes com doenças terminais se consideravam religiosos (98%) e espirituais (98%). Os pacientes também disseram que a religiosidade e/ou a espiritualidade os ajudam a lidar com a doença (99%), como uma fonte de força (100%), e têm um efeito positivo em seus sintomas emocionais (84%) e físicos (69%)¹⁰.

Assim como na triagem espiritual, há muitas maneiras na literatura de registrar uma história espiritual. Ela deve ser centrada no paciente e direcionada na medida em que o paciente opta por revelar suas necessidades espirituais. Há várias ferramentas para registrar um histórico espiritual, incluindo a Brief Religious Coping Measure¹¹, Belief Systems Inventory¹², Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being^{13,14}, HOPE¹⁵, SPIRITUAL history¹⁶, e a Fé, Importância, Comunidade e Abordagem de cuidados (FICA - Faith, Importance, Community, Address in care) história espiritual¹⁷.

As intermediações espirituais podem ser entendidas como abordagens terapêuticas que integram um aspecto espiritual ou religioso como um elemento central da intervenção. Esta prática defende uma compreensão holística da saúde. A espiritualidade está entrelaçada no processo terapêutico e não pode ser separada dele¹⁸. As atividades religiosas ou espirituais podem ser realizadas por meio de

uma variedade de cuidados para ajudar a manter as pessoas com doenças que ameaçam a vida. As mediações religiosas são mais ritualísticas, estruturadas, denominacionais, cognitivas, externas e públicas, enquanto as intervenções espirituais são mais afetivas, transculturais, experienciais e transcendentais.

As intervenções devem ser decididas em conjunto com o paciente e personalizadas de acordo com suas percepções do mundo para ajudá-lo a superar uma doença ou crise.¹⁹ As intervenções espirituais não são indicadas em condições de doenças psicóticas quando se lida com limites fracos do ego ou quando o paciente não está disposto a participar^{19,20}.

A oração é uma forma poderosa de tratamento que ajuda as pessoas mental e fisicamente. A oração é praticada por todas as religiões teístas ocidentais e por várias religiões orientais (hinduísmo, islamismo, sikhismo e budismo). A oração em grupo traz mais felicidade e bem-estar, enquanto a oração solitária está ligada à solidão e à depressão²¹. O texto religioso pode ser usado como fonte de “bem-estar, sabedoria e direção”^{22,23}. Em ambientes médicos, o arrependimento e o perdão são de domínio do conselheiro pastoral e do clérigo. Tanto a oração quanto a biblioterapia com escrituras sagradas devem ser consistentes com as solicitações e necessidades dos pacientes^{22,24}. A meditação trará uma sensação de mindfulness, pensamento limitado e calma. Considerações éticas devem ser levadas em conta ao envolver ou sugerir intervenções espirituais por profissionais da saúde, para evitar endossar interesses próprios ou impor opiniões individuais aos pacientes ao associar hábitos religiosos a melhores resultados de saúde; reconhecer os limites das pesquisas atuais sobre os efeitos da espiritualidade no bem-estar e, o mais importante, respeitar os limites e as opiniões dos pacientes obtendo seu consentimento informado para entender sua história espiritual e selecionar intervenções espirituais²⁵.

A espiritualidade tem precedência nos objetivos essenciais dos ambientes de cuidados paliativos. Se a dimensão espiritual não for incorporada aos cuidados paliativos, o objetivo de melhorar a qualidade de vida não poderá ser alcançado²⁶. De acordo com Stanislav Grof, “O desenvolvimento da espiritualidade é uma capacidade evolutiva que é inata a todos os seres humanos”. Ele define um impulso em direção à integridade e à descoberta do verdadeiro potencial de cada um²⁷.

A prestação de cuidados espirituais dá sentido às ações realizadas pelos profissionais de saúde e ao fim da vida, alcançando cuidados holísticos, promovendo um fim digno e humanizando a morte.

REFERENCES

- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*. 2009 Oct;12(10):885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142. PMID: 19807235.
- Puchalski CM, Dorff RE, Hendi IY. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2004 Nov;20(4):689-714, vi-vii. doi: 10.1016/j.cger.2004.07.004. PMID: 15541620.
- The national consensus project for quality palliative care clinical practice guidelines for quality palliative care 3rd edition 2013. <http://www.nationalconsensusproject.org/>.
- National Cancer Institute: Spirituality in cancer care. 2012. <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/>.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003 May 10;361(9369):1603-7. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13310-7. PMID: 12747880.
- Lunder U, Furlan M, Simonič A. Spiritual needs assessments and measurements. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2011 Sep;5(3):273-8. doi: 10.1097/SPC.0b013e3283499b20. PMID: 21738034.
- Arnold BL. Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. *BMC Palliat Care*. 2011 Jan 27;10:1. doi: 10.1186/1472-684X-10-1. PMID: 21272318; PMCID: PMC3038142.
- Jenkins RA, Pargament KI. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosoc Oncol*. 1995;13(1-2):51-74. doi:10.1300/J077v13n01_04.
- Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*. 2004 Jul;20(3):487-504, x. doi: 10.1016/j.ccc.2004.03.007. PMID: 15183215.
- Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jun;41(6):986-94. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017. Epub 2011 Mar 12. PMID: 21402459.
- Pargament KI, Smith WB, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig*. 1998;37(4):710-24. doi:10.2307/1466795.
- Holland JC, Kash KM, Passik S, Gronert MK, Sison A, Lederberg M, Russak SM, Baider L, Fox B. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*. 1998 Nov-Dec;7(6):460-9. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R. PMID: 9885087.
- Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct;8(5):417-28. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4. PMID: 10559801.
- Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993 Mar;11(3):570-9. doi: 10.1200/JCO.1993.11.3.570. PMID: 8445433.
- Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001 Jan 1;63(1):81-9. PMID: 11195773.
- Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med*. 1996 Jan;5(1):11-6. doi: 10.1001/archfami.5.1.11. PMID: 8542049.
- Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Aug;40(2):163-73. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019. Epub 2010 Jul 8. PMID: 20619602.
- Brown O, Elkonin D, Naicker S. The use of religion and spirituality in psychotherapy: enablers and barriers. *J Relig Health*. 2013 Dec;52(4):1131-46. doi: 10.1007/s10943-011-9551-z. PMID: 22076048.
- Yoon DP, Lee EK. The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *J Gerontol Soc Work*. 2007;48(3-4):281-98. doi: 10.1300/j083v48n03_01. PMID: 17210533.
- Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counselling and psychotherapy*. Washington (DC): American Psychological Association; 1997.
- Poloma MM, Pendleton BF. The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *J Psychol Theol*. 1991;19(1):71-83.
- Woll ML, Hinshaw DB, Pawlik TM. Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with

- life-threatening or advanced illnesses. *Ann Surg Oncol*. 2008 Nov;15(11):3048-57. doi:10.1245/s10434-008-0130-9. Epub 2008 Sep 5. PMID: 18773242.
23. Jarvis GK, Northcott HC. Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc Sci Med*. 1987;25(7):813-24. doi:10.1016/0277-9536(87)90039-6. PMID: 3686110.
 24. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Jun;6(2):269-74. doi:10.1097/SPC.0b013e3283530d13. PMID: 22469668.
 25. Candy B, Jones L, Varaganam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD007544. doi:10.1002/14651858.CD007544.pub2. PMID: 22592721.
 26. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: Experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev. da Esc. Enferm. da USP* 2018;52:3312.
 27. Reich KH. Spiritual development: Han F. de Wit's and Stanislav Grof's differing approaches. *Zygon*. 2001;36(3):509-20. doi:10.1111/0591-2385.00379.