

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: SENTIDOS, TENSÕES E DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SPIRITUALITY AND RELIGIOSITY IN PALLIATIVE CARE: MEANINGS, TENSIONS,
AND CHALLENGES IN HEALTHCARE

ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS: SENTIDOS,
TENSIONES Y DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Marcelo Rodrigues da Silva¹
Kimberly de Sousa Guimarães²
Luís Rafael da Silva Bezerra³
Sannara das Graças Freitas de Moraes Alcântara⁴
Werlisson da Silva Felismino⁵
Nahieny Gomes Prudente⁶

RESUMO: Este artigo teve como objetivo analisar como a espiritualidade e a religiosidade são abordadas pela produção científica no contexto dos cuidados paliativos, considerando suas contribuições para o enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento, bem como as tensões e os desafios de sua inclusão no plano de cuidado. Trata-se de pesquisa qualitativa e bibliográfica, estruturada como revisão narrativa da literatura. Foram analisados oito artigos entre 2020 e 2026, localizados nas bases SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Os dados foram examinados por meio da análise temática e organizados em duas categorias: a primeira reuniu cinco estudos sobre espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento por pacientes, familiares e cuidadores; a segunda agrupou três trabalhos sobre práticas profissionais, instrumentos de avaliação, barreiras institucionais e desigualdades culturais e religiosas. Os resultados indicam que essas dimensões podem favorecer esperança, conforto, preservação da identidade, fortalecimento de vínculos e atribuição de sentido ao adoecimento, embora também possam estar associadas à culpa, a conflitos espirituais e à dificuldade de aceitação da condição clínica. Conclui-se que o cuidado espiritual é fundamental para a construção de um cuidado integral, culturalmente sensível e atento ao racismo religioso, orientado pelo respeito à autonomia, à dignidade e à singularidade dos sujeitos.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Cuidados Paliativos. Cuidado Espiritual. Assistência Integral à Saúde.

¹Psicólogo hospitalar, especialista em Cuidado Cardiopulmonar e residente em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

²Psicóloga, pós-graduanda em Psicologia Analítica pela Universidade Christus.

³Psicólogo pela Universidade Christus.

⁴Psicóloga, pós-graduanda em Psicologia Existencial Humanista e Fenomenológica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

⁵Fonoaudiólogo, residente em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁶Psicóloga, especialista em Teoria Psicanalítica pelo Centro Universitário Farias Brito (FBUNI).

ABSTRACT: This article aimed to analyze how spirituality and religiosity are addressed in scientific literature within the context of palliative care, considering their contributions to coping with illness, finitude, and suffering, as well as the tensions and challenges involved in their inclusion in the care plan. This qualitative and bibliographic study was structured as a narrative literature review. Eight articles published between 2020 and 2026 were analyzed, retrieved from the SciELO, LILACS, and Google Scholar databases. The data were examined through thematic analysis and organized into two categories: the first comprised five studies on spirituality and religiosity as coping strategies for patients, family members, and caregivers; the second included three studies on professional practices, assessment instruments, institutional barriers, and cultural and religious inequalities. The results indicate that these dimensions may foster hope, comfort, preservation of identity, strengthening of bonds, and meaning-making in relation to illness, although they may also be associated with guilt, spiritual conflicts, and difficulty accepting the clinical condition. It is concluded that spiritual care is essential to the development of comprehensive care that is culturally sensitive and attentive to religious racism, guided by respect for the autonomy, dignity, and singularity of the individuals involved.

Keywords: Spirituality. Religion. Palliative Care. Spiritual Care. Comprehensive Health Care.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar cómo la espiritualidad y la religiosidad son abordadas por la producción científica en el contexto de los cuidados paliativos, considerando sus contribuciones al afrontamiento de la enfermedad, la finitud y el sufrimiento, así como las tensiones y los desafíos relacionados con su inclusión en el plan de cuidados. Se trata de una investigación cualitativa y bibliográfica, estructurada como revisión narrativa de la literatura. Se analizaron ocho artículos publicados entre 2020 y 2026, localizados en las bases SciELO, LILACS y Google Académico. Los datos fueron examinados mediante análisis temático y organizados en dos categorías: la primera reunió cinco estudios sobre espiritualidad y religiosidad como estrategias de afrontamiento para pacientes, familiares y cuidadores; la segunda agrupó tres trabajos sobre prácticas profesionales, instrumentos de evaluación, barreras institucionales y desigualdades culturales y religiosas. Los resultados indican que estas dimensiones pueden favorecer la esperanza, el consuelo, la preservación de la identidad, el fortalecimiento de los vínculos y la atribución de sentido a la enfermedad, aunque también pueden estar asociadas con la culpa, los conflictos espirituales y la dificultad para aceptar la condición clínica. Se concluye que el cuidado espiritual es fundamental para la construcción de un cuidado integral, culturalmente sensible y atento al racismo religioso, orientado por el respeto a la autonomía, la dignidad y la singularidad de los sujetos involucrados.

Palabras clave: Espiritualidad. Religión. Cuidados Paliativos. Cuidado Espiritual. Atención Integral de Salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Essa assistência busca prevenir e aliviar o sofrimento de forma precoce, mediante o controle da dor e a atenção às dimensões físicas, psicológicas, sociais e

espirituais envolvidas no processo de adoecimento (WHO, 2018). Atualmente, os Cuidados Paliativos ocupam espaço crescente nas discussões em saúde pública e podem ser oferecidos em todas as fases do ciclo de vida, abrangendo recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e pessoas idosas, conforme suas necessidades clínicas e assistenciais (Silva *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2026).

A origem dessa abordagem está relacionada ao movimento hospice, consolidado por Cicely Saunders com a fundação do St. Christopher's Hospice, em Londres, em 1967. A proposta rompeu com o modelo de assistência centrado exclusivamente na doença e passou a valorizar o cuidado humanizado, o conforto, a dignidade e o suporte integral ao paciente e à sua família. No Brasil, os Cuidados Paliativos ganharam maior projeção a partir de 1997, com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Inicialmente direcionada a pacientes com câncer em fase terminal, essa abordagem foi posteriormente ampliada para pessoas acometidas por diferentes doenças crônicas, progressivas e potencialmente fatais, como enfermidades cardiovasculares, respiratórias e neurodegenerativas. Sua implementação pressupõe a atuação de equipes multiprofissionais comprometidas com a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento e o respeito à dignidade do paciente durante todo o processo de adoecimento (Cordeiro, 2017; Hoffmann *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2025).

3

Nesse processo de consolidação, a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, e a promulgação da Lei nº 15.126/2025, que incluiu a atenção humanizada entre os princípios da Lei Orgânica da Saúde, constituem avanços relevantes para o fortalecimento dessa assistência no país. Essas medidas incentivam a formação e a qualificação contínua dos profissionais, a valorização das equipes especializadas e a ampliação da conscientização social acerca da importância dos CP, favorecendo uma assistência mais humanizada e adequada às necessidades dos pacientes. Contudo, por serem recentes, esses avanços ainda demandam aprofundamento e efetiva implementação, de modo a aprimorar as práticas assistenciais e ampliar o acesso da população à informação sobre o direito a um cuidado em saúde digno e de qualidade. Torna-se, portanto, fundamental respeitar a singularidade e a autonomia de cada paciente, bem como fortalecer ações orientadas à humanização do cuidado (Brasil, 2024; Brasil, 2025; Silva *et al.*, 2026).

A humanização dos Cuidados Paliativos exige, entretanto, que o sofrimento seja compreendido para além de suas manifestações físicas. O avanço de uma doença grave, a perda progressiva da autonomia, as mudanças na rotina, a incerteza quanto ao futuro e a proximidade

da morte podem produzir repercussões psicológicas, sociais, existenciais e espirituais tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Dessa forma, o cuidado não deve se limitar ao controle da dor ou de outros sintomas clínicos, devendo envolver também a escuta das necessidades, dos valores, das crenças e dos sentidos atribuídos pelo indivíduo à doença, à vida e à finitude.

É nesse campo que a espiritualidade e a religiosidade se inserem como dimensões relevantes para a integralidade da assistência. A espiritualidade pode ser compreendida como a busca por sentido, propósito, esperança, transcendência e conexão com algo considerado significativo, sem estar necessariamente vinculada a uma tradição religiosa. A religiosidade, por sua vez, relaciona-se mais diretamente à adesão a crenças, práticas, ritos, doutrinas e comunidades religiosas. Embora conceitualmente distintas, essas dimensões frequentemente se articulam na experiência de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves, hospitalizações prolongadas e situações de finitude (Aguiar; Silva, 2021; Araújo; Fonseca; Brito, 2025).

Estudos indicam que a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para o enfrentamento da doença, da hospitalização, do sofrimento e da possibilidade da morte, favorecendo a esperança, o conforto emocional, a ressignificação das experiências vividas, a preservação da identidade e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Esses recursos também podem auxiliar o paciente a reorganizar suas expectativas e a encontrar sentidos diante de uma experiência marcada pela vulnerabilidade, pelas perdas e pela ausência de controle. Sua contribuição, portanto, não está necessariamente relacionada à cura ou à modificação do quadro clínico, mas à maneira pela qual o sujeito compreende e enfrenta o processo de adoecimento (Ferreira *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024; Fukushima *et al.*, 2026).

A esperança, nessa perspectiva, não precisa estar vinculada exclusivamente à possibilidade de cura. Ela pode se manifestar no desejo de controlar os sintomas, preservar a autonomia possível, permanecer próximo da família, realizar atividades significativas ou vivenciar o processo de adoecimento com dignidade. Do mesmo modo, práticas religiosas e espirituais podem contribuir para a manutenção da identidade do paciente, especialmente durante a hospitalização, quando sua rotina passa a ser organizada por procedimentos, horários e decisões clínicas. Orações, leituras, rituais, objetos simbólicos, vínculos comunitários e contatos com lideranças religiosas podem representar formas de preservar elementos de sua história, de seus valores e de sua identidade.

Entretanto, os efeitos da espiritualidade e da religiosidade não são uniformes nem exclusivamente positivos. As crenças religiosas também podem estar associadas à culpa, à interpretação da doença como punição, ao sentimento de abandono divino, a conflitos espirituais e à manutenção de expectativas rígidas de cura. Em determinadas situações, essas experiências podem intensificar o sofrimento psicológico ou dificultar a compreensão da condição clínica e a tomada de decisões relacionadas aos objetivos do cuidado. Por essa razão, a fé não deve ser idealizada ou tratada como recurso terapêutico universal, uma vez que seus efeitos dependem da trajetória, das relações, dos valores e das condições de vida de cada sujeito (Ferreira *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024).

Da mesma forma, a ausência de filiação religiosa não representa a inexistência de espiritualidade ou de recursos para o enfrentamento da doença. Os sentidos atribuídos à vida e ao sofrimento também podem ser construídos por meio dos vínculos afetivos, das memórias, dos valores pessoais, da arte, da natureza e de outras experiências consideradas significativas. Assim, a dimensão espiritual deve ser abordada a partir da singularidade, da autonomia e das necessidades manifestadas pelo próprio paciente, evitando-se generalizações, pressupostos ou interpretações fundamentadas nas convicções pessoais dos profissionais.

A espiritualidade também apresenta uma dimensão relacional, uma vez que o sofrimento decorrente de uma doença grave não se restringe ao paciente. Familiares e cuidadores enfrentam mudanças na rotina, sobrecarga física e emocional, insegurança, medo da perda e sentimentos de impotência. Nessas circunstâncias, a fé, as práticas espirituais e os vínculos religiosos podem funcionar como fontes de sustentação emocional e como meios de atribuição de sentido à experiência do cuidado. Esses recursos, contudo, não substituem o apoio psicológico, social e institucional, tampouco devem ser utilizados para atribuir exclusivamente à família a responsabilidade pela administração da sobrecarga decorrente do cuidado prolongado (Souza *et al.*, 2023; Fukushima *et al.*, 2026).

Apesar de sua relevância para a integralidade da assistência, a dimensão espiritual ainda é pouco abordada de maneira sistemática nos serviços de saúde. Entre os obstáculos identificados na literatura estão a formação predominantemente biomédica, a falta de capacitação profissional, a ausência de protocolos e fluxos institucionais, o receio de invadir a intimidade do paciente, o temor de que a abordagem seja interpretada como imposição religiosa, a falta de tempo e a dificuldade de distinguir o cuidado espiritual do aconselhamento religioso e do proselitismo. Como consequência, o atendimento dessas necessidades frequentemente

depende da iniciativa e da segurança de cada profissional, o que favorece a adoção de respostas pontuais, fragmentadas e pouco integradas ao plano assistencial (Aguilar; Silva, 2021; Araújo; Fonseca; Brito, 2025).

Essas dificuldades tornam-se ainda mais complexas quando são consideradas as desigualdades culturais, raciais e religiosas presentes nos serviços de saúde. Determinadas crenças e práticas recebem maior reconhecimento institucional, enquanto outras são invisibilizadas, restringidas ou interpretadas de maneira estereotipada. As limitações impostas à presença de lideranças religiosas, objetos, cânticos e rituais vinculados às religiões de matriz africana demonstram que o reconhecimento genérico da espiritualidade não assegura, por si só, uma assistência inclusiva e respeitosa à diversidade religiosa e cultural (Leão *et al.*, 2026).

Quando apenas determinadas tradições são consideradas legítimas no ambiente hospitalar, a pretensão de integralidade dos CP permanece incompleta. A invisibilização das religiões de matriz africana e das espiritualidades de terreiro pode ampliar o sofrimento de pacientes e familiares, enfraquecer a confiança nos serviços e configurar uma forma de violência institucional. Dessa maneira, a construção de um cuidado verdadeiramente integral exige não apenas o reconhecimento da dimensão espiritual, mas também o enfrentamento do racismo religioso e das hierarquias culturais que conferem maior legitimidade a determinadas tradições em detrimento de outras (Leão *et al.*, 2026).

6

Ainda segundo os autores, a abordagem da espiritualidade e da religiosidade exige sensibilidade e humildade cultural por parte dos profissionais, constituindo um processo contínuo de autorreflexão e autocrítica. Isso implica reconhecer os limites do próprio conhecimento, questionar preconceitos e permitir que o paciente explique o significado de suas crenças, práticas, símbolos e vínculos. Cabe à equipe acolher as necessidades e os conflitos espirituais relevantes para o cuidado, sem prescrever práticas religiosas, recomendar crenças ou interpretar o sofrimento à luz de suas próprias convicções. O respeito à autonomia compreende tanto o direito de manifestar crenças e solicitar apoio espiritual quanto o direito de recusar a abordagem dessa dimensão.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender não apenas as possíveis contribuições da espiritualidade e da religiosidade para pacientes, familiares e cuidadores, mas também seus limites, conflitos, tensões e possíveis efeitos negativos, além das condições profissionais, institucionais e culturais relacionadas à sua inclusão nos CP. Embora

essas dimensões sejam reconhecidas como componentes do cuidado integral, ainda persiste uma distância entre sua valorização teórica e sua efetiva incorporação às práticas assistenciais.

Essa discussão torna-se especialmente relevante diante da ampliação dos CP no Brasil e da necessidade de formar profissionais capazes de acolher diferentes crenças, valores e fontes de sentido, sem imposição, julgamento ou discriminação. Mostra-se igualmente necessária em razão da baixa representação, na produção científica, das religiões de matriz africana, das espiritualidades de terreiro, das pessoas sem filiação religiosa e dos indivíduos que vivenciam conflitos espirituais. A investigação dessas questões pode contribuir para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais humanizadas, inclusivas e coerentes com os princípios da autonomia, da dignidade e da integralidade do cuidado.

A escolha da temática também decorre da experiência profissional do autor no Sistema Único de Saúde (SUS), como psicólogo hospitalar e especialista em Humanização e Cuidados Paliativos em um hospital de alta complexidade. A vivência nesse campo possibilitou o contato com diferentes formas de sofrimento, crenças, valores e estratégias de enfrentamento manifestadas por pacientes e familiares diante do adoecimento grave e da finitude, despertando o interesse pela compreensão de como essas dimensões vêm sendo abordadas pela produção científica.

7

Diante dessa problemática, estabeleceu-se a seguinte pergunta de partida: como a produção científica aborda a espiritualidade e a religiosidade no contexto dos Cuidados Paliativos? Ademais, o objetivo geral deste estudo é analisar como a espiritualidade e a religiosidade são abordadas pela produção científica nesse contexto, considerando suas contribuições para o enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento, bem como as tensões e os desafios de sua inclusão no plano de cuidado. Como objetivos específicos, busca-se identificar os possíveis efeitos negativos dessas dimensões para pacientes, familiares e cuidadores; compreender as práticas profissionais e as barreiras institucionais relacionadas à inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidado; e discutir de que maneira as diferenças culturais e o racismo religioso podem interferir no reconhecimento e no atendimento das necessidades espirituais dos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa e natureza bibliográfica, estruturada como revisão narrativa da literatura. Segundo

Ogassavara *et al.* (2023), esse tipo de revisão permite reunir, organizar e interpretar produções científicas sobre determinado tema, favorecendo a construção de um panorama teórico amplo e contextualizado. Por não se limitar à simples descrição dos estudos, a revisão narrativa possibilita articular diferentes perspectivas, identificar aproximações conceituais e sustentar reflexões críticas, especialmente em temas que envolvem dimensões interdisciplinares

As bases de dados adotadas foram SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos completos e outros ensaios publicados em português ou inglês, com acesso livre para download, que abordassem diretamente os temas centrais da pesquisa, no período de 2020 a junho de 2026. Foram excluídas do estudo dissertações, teses e publicações que fugiam da proposta do estudo. Os descritores utilizados na busca, identificados por meio do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: *Espiritualidade. Religião e Cuidados Paliativos*.

Para a análise dos dados, adotou-se a análise temática, compreendida por Souza (2019) como um aporte que possibilita identificar, organizar e interpretar padrões e temas emergentes nos dados coletados. Essa abordagem favoreceu a aproximação entre os referenciais teóricos e a realidade prática, permitindo uma compreensão crítica e reflexiva das experiências investigadas em duas categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção apresenta uma análise detalhada dos principais artigos que investigam a espiritualidade e a religiosidade no contexto dos Cuidados Paliativos. Foram analisados oito artigos, publicados entre 2020 e 2026, todos em língua portuguesa. Quanto ao período de publicação, identificou-se um estudo em cada ano entre 2020 e 2025 e dois estudos publicados em 2026. Em relação às metodologias empregadas, verificou-se a predominância de pesquisas de abordagem qualitativa. Com base nas temáticas mais recorrentes, os estudos foram organizados em duas categorias de análise. A primeira, intitulada “Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento”, reúne cinco artigos. A segunda, denominada “Inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidado: práticas profissionais, barreiras institucionais e reconhecimento cultural”, é composta por três artigos.

Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento

Os estudos reunidos nesta categoria (Ferreira *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024; Fukushima *et al.*, 2026) analisam a espiritualidade e a religiosidade como recursos mobilizados por pacientes e familiares no enfrentamento de doenças graves, da hospitalização, do sofrimento e da possibilidade da morte. Embora empreguem metodologias distintas e investiguem populações heterogêneas, os trabalhos convergem ao demonstrar que a experiência do adoecimento não se restringe às alterações biológicas ou ao controle clínico dos sintomas, pois envolve rupturas na vida cotidiana, perda de autonomia, incertezas quanto ao futuro, medo da morte e questionamentos sobre o sentido da existência.

De modo geral, a espiritualidade é compreendida como a busca por sentido, propósito, esperança, transcendência e conexão com algo considerado maior que a existência individual, podendo ou não estar vinculada a uma tradição religiosa. A religiosidade, por sua vez, relaciona-se mais diretamente à adesão a crenças, ritos, práticas e comunidades religiosas. Apesar dessa distinção, os estudos frequentemente abordam as duas dimensões de maneira complementar, sobretudo ao examinarem seus efeitos sobre a aceitação da doença, a ressignificação do sofrimento e a elaboração da finitude.

9

Esses efeitos, contudo, não são homogêneos nem necessariamente positivos. A espiritualidade e a religiosidade podem favorecer conforto, esperança e apoio emocional, mas também estar associadas à culpa, a conflitos, à sensação de abandono ou à dificuldade de aceitação da condição clínica. Por essa razão, não devem ser compreendidas como recursos terapêuticos universais, mas como dimensões singulares, cujos significados dependem da trajetória, das crenças, das relações e das condições de vida de cada sujeito.

Ferreira *et al.* (2020) oferecem uma visão abrangente desse debate ao investigarem a influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e do tratamento por pacientes oncológicos. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases SciELO, MEDLINE e EBSCO, que reuniu 37 artigos publicados entre 2009 e 2019. A diversidade dos estudos permite identificar tendências recorrentes, mas não estabelecer relações causais diretas entre essas dimensões e a melhora das condições clínicas ou psicológicas.

Os artigos analisados relacionaram a espiritualidade e a religiosidade à aceitação do diagnóstico e do tratamento, ao enfrentamento da vida e da morte, à qualidade de vida e ao bem-estar. Foram observadas associações com menores níveis de estresse, ansiedade, desesperança e

percepção de ameaça à vida, além de maior esperança, positividade e adesão ao tratamento. Esses achados sugerem que o enfrentamento espiritual ou religioso pode constituir um processo ativo de reorganização subjetiva. Ao atribuir significado à doença, o paciente pode reconstruir referências, preservar vínculos e encontrar razões para participar do tratamento e da vida cotidiana. A esperança, nesse caso, não precisa estar vinculada exclusivamente à cura, podendo se expressar na expectativa de controle dos sintomas, preservação da autonomia, convivência familiar ou realização de atividades significativas.

Ferreira *et al.* (2020), entretanto, também identificam formas negativas de enfrentamento religioso-espiritual, associadas a maior sofrimento psicológico, ansiedade e sintomas depressivos. As crenças podem oferecer conforto, mas também produzir culpa, interpretação da doença como castigo, sentimento de abandono divino ou conflito entre a expectativa de cura e a evolução clínica. Assim, não basta verificar se o paciente possui uma religião ou mantém práticas espirituais; é necessário compreender como essas crenças são vivenciadas e quais repercussões produzem. Uma mesma experiência pode fortalecer determinada pessoa e intensificar o sofrimento de outra, sendo seus efeitos também influenciados pelo suporte familiar, pelo pertencimento comunitário, pelas condições socioeconômicas e pela relação com a equipe de saúde.

10

Se Ferreira *et al.* (2020) apresentam uma síntese ampla da literatura, Araújo *et al.* (2022) aprofundam a discussão ao examinarem as experiências concretas de pacientes oncológicos internados em CP. A pesquisa adotou abordagem qualitativa, de orientação fenomenológica e hermenêutica, e foi realizada com seis pacientes de um hospital de referência em oncologia localizado em Belém, no Pará. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semidirigidas e analisados à luz da hermenêutica de Paul Ricoeur. Tal perspectiva, constitui um percurso metodológico voltado à compreensão do ser humano, de sua existência e de suas relações com o mundo.

Os participantes associavam a religiosidade à crença em Deus, à realização de rituais e à manutenção de vínculos com comunidades religiosas. Para alguns, a fé favoreceu maior serenidade e confiança diante do diagnóstico. Para outros, a aproximação com práticas religiosas ocorreu após reações iniciais de medo, revolta ou desespero, contribuindo posteriormente para a aceitação da doença e a reconstrução de sentidos. Esses resultados mostram que a espiritualidade não constitui uma característica estática, podendo ser transformada ou

intensificada durante o adoecimento, especialmente quando os recursos habituais do sujeito se tornam insuficientes para lidar com perdas e incertezas.

A espiritualidade e a religiosidade funcionavam, assim, como formas de *coping* religioso-espiritual, entendido como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes, embora assumissem sentidos distintos. Em determinados relatos, a possibilidade da morte era afastada pela crença na cura divina; em outros, era aceita com base na ideia de continuidade da existência após a morte. Essa ambivalência evidencia que as crenças podem favorecer tanto a elaboração da finitude quanto a manutenção de expectativas de reversão do quadro clínico. A expectativa de cura divina não deve ser interpretada automaticamente como um obstáculo à assistência paliativa, pois pode contribuir para a preservação da esperança. Contudo, quando dificulta a compreensão da condição clínica ou a tomada de decisões acerca dos objetivos do cuidado, exige uma comunicação sensível, capaz de respeitar as crenças do paciente sem omitir informações relevantes.

Todos os participantes relataram manter atividades religiosas durante a hospitalização, como orações, leitura da Bíblia, acompanhamento de missas pela televisão, visitas de pastores, uso de imagens e idas à capela. Essas práticas eram percebidas como fontes de conforto e contribuía

11

para preservar uma rotina significativa. Os rituais, portanto, não constituíam apenas manifestações devocionais, mas formas de manter a identidade e a autonomia em um ambiente no qual a vida do paciente passa a ser organizada por procedimentos, horários e decisões clínicas. Embora o pequeno número de participantes e a realização da pesquisa em uma única instituição restrinjam o alcance de suas conclusões, Araújo *et al.* (2022) demonstram como as tendências identificadas na literatura se manifestam de forma singular e, por vezes, contraditória.

Enquanto Ferreira *et al.* (2020) e Araújo *et al.* (2022) concentram-se nos pacientes oncológicos, Souza *et al.* (2023) ampliam a análise ao investigarem a espiritualidade sob a perspectiva dos cuidadores familiares. O estudo de campo, descritivo e transversal, foi realizado no Hospital Padre Zé, em João Pessoa, com 15 familiares de pacientes hospitalizados em CP. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado, e as informações obtidas foram analisadas segundo uma abordagem qualitativa.

A amostra foi formada majoritariamente por mulheres e filhos dos pacientes, muitos dos quais acompanhavam internações prolongadas de pessoas idosas com doenças neurológicas

graves. Embora essas características não permitam generalizações, revelam um contexto marcado por elevada responsabilidade familiar, desgaste emocional e convivência prolongada com situações de dependência e ausência de perspectiva curativa. Os familiares enfrentavam alterações na rotina, insegurança, exaustão, medo da perda e sentimentos de impotência, ao mesmo tempo que assumiam responsabilidades práticas e emocionais relacionadas ao cuidado.

Os resultados indicam que os cuidadores atribuíam grande importância à espiritualidade e à religiosidade como fontes de sustentação emocional. Referências a Deus, à fé e à esperança apareciam como formas de interpretar a permanência da vida e encontrar forças para continuar cuidando. O estudo evidencia, assim, a dimensão relacional da espiritualidade, que pode ser compartilhada entre pacientes e familiares, fortalecer vínculos e oferecer uma linguagem comum para expressar medos e expectativas. Essa valorização, contudo, não elimina a necessidade de suporte psicológico, social e institucional, nem pode servir para transferir ao cuidador a responsabilidade exclusiva de suportar a sobrecarga.

Um dado particularmente relevante é que todos os cuidadores afirmaram que a espiritualidade não era abordada sistematicamente pela equipe de saúde. As ações mencionadas eram pontuais e promovidas principalmente por grupos externos, por meio de visitas, louvores, conversas e momentos de escuta. O resultado revela uma distância entre a importância atribuída à espiritualidade pelos familiares e sua presença concreta na assistência. Apesar das limitações decorrentes da amostra reduzida, da seleção por conveniência e da realização da pesquisa em uma única instituição, o estudo demonstra que a busca por sentido e o enfrentamento espiritual alcançam também aqueles que assumem o cuidado diário.

De forma convergente, Silva *et al.* (2024) analisam a contribuição da espiritualidade e da religiosidade para o alívio do sofrimento em Cuidados Paliativos. O estudo consiste em uma revisão de literatura, qualitativa e descritiva, que reuniu 15 trabalhos localizados nas bases LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Os autores partem da compreensão de que o sofrimento não possui apenas natureza física, mas também psicológica, social e espiritual, razão pela qual a assistência não deve ser reduzida ao manejo da dor e dos sintomas corporais.

Os trabalhos revisados associaram a espiritualidade e a religiosidade à promoção de esperança, propósito, confiança e ressignificação da vida, bem como a menores níveis de medo, angústia e ansiedade e a maior conforto e percepção de qualidade de vida. Contudo, os próprios autores reconhecem que o contato com memórias, conflitos e emoções dolorosas pode aumentar

o sofrimento de pessoas emocionalmente vulneráveis, reafirmando que a abordagem da espiritualidade não deve partir do pressuposto de que toda crença produz conforto.

Fukushima *et al.* (2026), por sua vez, retomam esses debates ao analisarem a influência da religiosidade e da espiritualidade nos Cuidados Paliativos, com atenção especial à compreensão da finitude. Trata-se de uma revisão narrativa realizada no Google Acadêmico e na SciELO, com dez artigos em português publicados nos últimos 20 anos. Os resultados indicam que a espiritualidade e a religiosidade são frequentemente associadas a menores níveis de angústia, insegurança e ansiedade diante da morte, bem como à promoção de serenidade, conforto emocional e capacidade de enfrentamento.

O estudo também relaciona o cuidado espiritual ao manejo dos medos existenciais, à elaboração do luto e à construção de uma “boa morte”, entendida como experiência orientada pela dignidade, pelo conforto e pela humanização. Essa noção, entretanto, não deve ser convertida em um modelo universal de serenidade ou aceitação. Uma morte digna não depende de o paciente demonstrar tranquilidade ou aceitar expressamente a finitude, mas de ter respeitadas suas necessidades, seus valores e sua autonomia possível.

Fukushima *et al.* (2026) também reconhecem que os cuidadores familiares podem recorrer à espiritualidade como estratégia de enfrentamento do desgaste físico e emocional associado à terminalidade, em consonância com os achados de Souza *et al.* (2023). O estudo registra, ainda, que muitos profissionais se sentem inseguros para abordar demandas espirituais, em razão de uma formação predominantemente biomédica, que confere pouca visibilidade às questões socioculturais. Reforça-se, assim, uma contradição recorrente na literatura: embora pacientes e familiares reconheçam a relevância da espiritualidade, sua inclusão na assistência permanece limitada e pouco sistematizada. Por se tratar de uma revisão narrativa baseada em número reduzido de artigos e com recorte linguístico restrito, suas conclusões devem ser interpretadas com cautela.

A articulação entre os estudos evidencia uma convergência central: a espiritualidade e a religiosidade podem constituir recursos importantes para o enfrentamento da doença, do sofrimento e da finitude, mas seus significados variam conforme os sujeitos e os contextos. Ferreira *et al.* (2020) destacam tendências relacionadas à esperança, à aceitação e à qualidade de vida; Araújo *et al.* (2022) mostram sua vivência por pacientes oncológicos hospitalizados; Souza *et al.* (2023) deslocam o foco para os cuidadores familiares; Silva *et al.* (2024) examinam o amparo

emocional e o apoio psicossocial; e Fukushima *et al.* (2026) aprofundam sua relação com a finitude e o luto.

Em conjunto, os trabalhos mostram que essas dimensões podem favorecer conforto, pertencimento, preservação da identidade, fortalecimento dos vínculos e reconstrução de sentidos. Seu potencial não reside necessariamente na modificação da doença, mas na forma como contribuem para que pacientes e familiares interpretem e enfrentem o adoecimento. Deve-se evitar, contudo, uma compreensão romantizada da fé. Culpa, sentimento de abandono, conflitos religiosos e expectativas rígidas de cura também podem intensificar o sofrimento.

Do mesmo modo, a ausência de filiação religiosa não significa ausência de espiritualidade, pois o sentido pode ser encontrado em vínculos afetivos, memórias, valores, natureza, arte ou outros elementos significativos. São necessárias investigações com maior diversidade regional, cultural, religiosa e social, incluindo pessoas sem religião ou que vivenciem conflitos espirituais, para evitar que o cuidado espiritual seja compreendido apenas a partir de experiências religiosas majoritárias.

Em síntese, os estudos reunidos nesta categoria indicam que a espiritualidade e a religiosidade podem funcionar como estratégias de enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento, desde que compreendidas a partir da singularidade de cada sujeito. Sua contribuição está na possibilidade de produzir sentidos, preservar identidades, fortalecer vínculos e apoiar a elaboração da morte e do luto. Contudo, seus efeitos não são automáticos nem exclusivamente positivos, o que exige cautela diante de generalizações.

14

A análise evidencia, ainda, uma tensão entre a importância atribuída a essas dimensões por pacientes e familiares e sua abordagem limitada nos serviços de saúde. Essa distância desloca a discussão para os desafios profissionais, éticos e institucionais relacionados à inclusão da espiritualidade e da religiosidade no plano de cuidado, aspecto que será examinado na categoria seguinte.

Inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidado: práticas profissionais, barreiras institucionais e reconhecimento cultural

Os estudos reunidos nesta categoria (Aguiar; Silva, 2021; Araújo; Fonseca; Brito, 2025; Leão *et al.*, 2026) analisam as condições profissionais, institucionais e culturais necessárias para que a espiritualidade e a religiosidade sejam efetivamente consideradas no cuidado de pacientes em situação de doença grave e finitude. Embora partam de perspectivas distintas, os trabalhos

convergem ao indicar que o reconhecimento teórico da dimensão espiritual como parte da assistência integral ainda não se traduz, necessariamente, em práticas sistemáticas, institucionalmente respaldadas e sensíveis à diversidade religiosa.

A principal tensão identificada situa-se entre a necessidade de sistematizar o cuidado espiritual e o risco de padronizá-lo. Sistematizar significa criar condições para que valores, crenças, fontes de sentido e possíveis conflitos espirituais sejam identificados, registrados e considerados no plano assistencial. Padronizar, por outro lado, significa submeter experiências distintas a procedimentos uniformes, sem atenção suficiente às particularidades do paciente e de seu contexto cultural. A incorporação dessa dimensão exige, portanto, organização institucional, escuta qualificada, respeito à autonomia e reconhecimento das diferenças culturais e religiosas.

Aguiar e Silva (2021) introduzem essa discussão ao examinarem as interfaces entre psicologia, espiritualidade, religiosidade e Cuidados Paliativos. A revisão integrativa, realizada nas bases SciELO, PubMed, Scopus e PePSIC, reuniu cinco artigos publicados entre 2015 e 2018, analisados a partir dos conceitos empregados, da importância atribuída à espiritualidade, das possibilidades de abordagem e das dificuldades encontradas na prática psicológica. O número reduzido de trabalhos sugere que, no recorte adotado, o tema ainda era pouco explorado e carecia de referências sistematizadas para orientar a atuação profissional.

15

No plano conceitual, Aguiar e Silva (2021) diferenciam religião, religiosidade e espiritualidade. A religião é compreendida como um sistema organizado de crenças, ritos e símbolos; a religiosidade, como a forma institucionalizada de vivência religiosa; e a espiritualidade, como a busca subjetiva por sentido, transcendência e conexão, que pode ou não estar vinculada a uma tradição religiosa formal. Nos cinco artigos analisados, as definições de espiritualidade convergiram em torno de ideias como busca de sentido para a vida, autotranscendência, experiência individual e conexão com algo maior.

Embora um conceito amplo de espiritualidade favoreça a inclusão de pessoas sem filiação religiosa, sua compreensão excessivamente individualizada pode tornar secundárias as dimensões coletivas e culturais da experiência religiosa. Ritos, comunidades, doutrinas e lideranças podem constituir referências fundamentais para a identidade e para as decisões do paciente. Sem clareza conceitual, o psicólogo pode reduzir toda necessidade espiritual à religião ou, em sentido inverso, atribuir menor relevância às práticas religiosas, interpretando a

experiência do paciente a partir de categorias externas aos significados construídos por ele próprio.

Nos artigos revisados por Aguiar e Silva (2021), a espiritualidade foi apresentada como uma possível necessidade de pacientes e familiares em Cuidados Paliativos, especialmente diante da dor, da perda de autonomia, da finitude e da possibilidade concreta da morte. Nesse contexto, a prática psicológica é chamada a considerar não apenas emoções e comportamentos, mas também valores, crenças e questionamentos existenciais mobilizados pelo adoecimento. Entre as possibilidades de abordagem identificadas estão a escuta qualificada, a presença terapêutica, o incentivo à esperança, a valorização de atividades significativas, o apoio à família, a hipnose clínica, o mindfulness, a logoterapia e o levantamento da história espiritual.

A reunião dessas práticas sob a rubrica do cuidado espiritual, contudo, exige cautela, pois algumas correspondem a posturas gerais de acolhimento, enquanto outras constituem técnicas específicas, que demandam formação própria e avaliação de sua pertinência. A identificação de uma necessidade espiritual não autoriza, portanto, a prescrição automática de atividades ou intervenções. A principal contribuição de Aguiar e Silva (2021) está na defesa de uma atuação ética e centrada no paciente. Cabe ao psicólogo reconhecer demandas espirituais, acolher dúvidas e conflitos e compreender sua relação com o sofrimento, sem impor crenças, recomendar práticas religiosas ou interpretar a experiência a partir de convicções pessoais.

16

O cuidado espiritual deve, assim, ser distinguido do aconselhamento religioso e do proselitismo. Entretanto, o receio de invadir a intimidade do paciente também pode produzir omissão. Evitar completamente o tema não representa, necessariamente, uma postura neutra, sobretudo quando valores e crenças interferem na compreensão da doença ou nas decisões terapêuticas. O desafio profissional consiste em criar um espaço para que o próprio paciente indique a relevância dessa dimensão, preservando-se, inclusive, seu direito de recusar a abordagem.

Se Aguiar e Silva (2021) se concentram nas possibilidades e nos limites da prática psicológica, Araújo, Fonseca e Brito (2025) ampliam a discussão para a inclusão da espiritualidade e da religiosidade no plano de cuidado. O estudo adota metodologia qualitativa, documental, retrospectiva e descritiva, estruturada como revisão narrativa da literatura. Foram utilizadas fontes publicadas entre 2014 e 2024, localizadas em bases como LILACS, MEDLINE/PubMed, IBECs e SciELO, além de materiais provenientes do Google Acadêmico, vídeos, palestras e portais considerados confiáveis.

Os autores compreendem a espiritualidade como busca por sentido, propósito, esperança, conexão e transcendência, enquanto a religiosidade é relacionada à adesão a sistemas organizados de crenças, doutrinas, ritos, práticas e comunidades. A partir do reconhecimento de que essas dimensões podem influenciar o enfrentamento da doença e as decisões relativas ao cuidado, o estudo concentra-se nas barreiras que impedem sua incorporação à assistência. Entre os obstáculos identificados estão a falta de capacitação profissional e de protocolos institucionais, o desconforto dos trabalhadores em abordar o tema, o medo de parecer imposição religiosa, o receio de invadir a intimidade do paciente, as divergências entre crenças, a falta de tempo e a percepção de que a espiritualidade não integraria as atribuições da equipe de saúde.

Esses resultados indicam que a negligência da dimensão espiritual não pode ser atribuída apenas às escolhas individuais dos profissionais. Ela também se relaciona à formação acadêmica, à organização do trabalho e à ausência de responsabilidades institucionais claramente definidas. Sem diretrizes para identificar, registrar e encaminhar essas demandas, sua abordagem passa a depender da iniciativa e da segurança de cada trabalhador, produzindo respostas fragmentadas e diferenças de acesso conforme a equipe ou o serviço.

Para reduzir essa dependência de iniciativas isoladas, Araújo, Fonseca e Brito (2025) apresentam estratégias como a anamnese espiritual e os instrumentos HOPE e FICA. A anamnese espiritual consiste em uma investigação respeitosa da história, das crenças, dos valores, das práticas e dos vínculos comunitários do paciente, com o objetivo de compreender se esses elementos influenciam sua forma de enfrentar a doença e tomar decisões. O HOPE organiza essa escuta em quatro dimensões: fontes de esperança, força e conforto; participação em religião organizada; práticas espirituais pessoais, como oração, meditação ou contato com a natureza; e influência das crenças sobre o cuidado médico. O FICA, por sua vez, investiga a fé ou crença, sua importância na vida do paciente, a existência de uma comunidade de apoio e a forma como essas informações devem ser consideradas pela equipe.

Esses instrumentos podem dar visibilidade a necessidades que permaneceriam desconhecidas na ausência de perguntas adequadas, mas devem ser compreendidos apenas como pontos de partida. A identificação de uma demanda não assegura seu registro, sua integração às decisões assistenciais nem a oferta de uma resposta adequada. Para que a dimensão espiritual seja efetivamente incorporada ao plano de cuidado, são necessários comunicação interdisciplinar, definição de responsabilidades e disponibilidade de recursos ou pessoas capazes de responder às necessidades identificadas.

A anamnese pode revelar a existência de conflito espiritual, a necessidade de contato com uma liderança religiosa, restrições relacionadas ao tratamento ou a influência das crenças sobre decisões clínicas. Cada situação demanda respostas distintas. Algumas necessidades podem ser acolhidas diretamente pela equipe, enquanto outras exigirão encaminhamento a profissionais ou representantes escolhidos pelo paciente. Assim, a contribuição de Araújo, Fonseca e Brito (2025) está em demonstrar que a incorporação da espiritualidade requer protocolos e instrumentos, mas também capacitação, trabalho interdisciplinar e respeito à autonomia. A institucionalização deve assegurar que essa dimensão seja abordada quando relevante para o paciente, sem convertê-la em uma avaliação imposta, mecânica ou uniforme.

Leão *et al.* (2026) aprofundam essa tensão ao relacionarem cuidado paliativo e racismo religioso. O estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura realizada na base PubMed, com trabalhos publicados principalmente entre 2015 e 2025. Oito artigos foram selecionados para compor o quadro-síntese da pesquisa. O texto parte da concepção de CP como uma assistência destinada ao controle da “dor total”, que abrange as dimensões física, psicológica, social e espiritual. A crítica central é que, embora a espiritualidade seja formalmente reconhecida como parte do cuidado, sua abordagem pode ocorrer de forma negligente ou padronizada, sem atenção às diferenças culturais e religiosas.

18

A originalidade do estudo está em demonstrar que a inclusão do cuidado espiritual não ocorre em um espaço neutro. Os serviços de saúde são atravessados por desigualdades raciais e por hierarquias que conferem maior legitimidade a determinadas tradições religiosas. Dessa maneira, não basta permitir genericamente a manifestação da fé; é necessário observar quais práticas são acolhidas, quais são limitadas e quais são interpretadas como inadequadas ao ambiente hospitalar.

Leão *et al.* (2026) relacionam essa desigualdade ao racismo religioso, especialmente contra os Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana. Entre as situações mencionadas estão as dificuldades para a entrada de pais e mães de santo nos hospitais, as restrições a cânticos, objetos, cultos e rituais e a menor legitimidade atribuída às religiões de terreiro quando comparadas a tradições socialmente mais aceitas. Essas práticas evidenciam uma contradição no próprio ideal de cuidado integral. Se a assistência paliativa reconhece a dimensão espiritual, mas acolhe apenas determinadas tradições como legítimas, sua pretensão de integralidade permanece incompleta. A recusa ou a invisibilização das práticas de matriz

africana não constitui apenas ausência de sensibilidade individual, mas pode representar uma forma de violência institucional que amplia o sofrimento de pacientes e familiares.

Nos estudos reunidos por Leão *et al.* (2026), populações racializadas apresentaram menor acesso aos Cuidados Paliativos, pior controle de sintomas, menor participação no planejamento antecipado e maior risco de receber tratamentos desproporcionais no fim da vida. Entre os oito artigos selecionados, seis abordaram diretamente o racismo como fator limitador do cuidado espiritual. Os resultados apontam para uma relação entre desigualdades raciais, menor participação nas decisões e desconfiança nas instituições de saúde, associada pelos autores a experiências históricas de marginalização, trauma intergeracional e vínculos frágeis com os serviços.

A literatura examinada por Leão *et al.* (2026) também incluiu resultados segundo os quais menos de 5% dos pacientes relataram uma abordagem ativa da espiritualidade pela equipe. Esse percentual deve ser compreendido no contexto específico dos estudos revisados, e não como medida geral de todos os serviços de Cuidados Paliativos. Mesmo com essa ressalva, o dado reforça a distância entre a valorização formal da dimensão espiritual e sua abordagem concreta na assistência. Outro ponto relevante é a crítica às intervenções padronizadas, descritas pelos autores como “receitas de bolo”.

19

Instrumentos aplicados sem sensibilidade cultural podem transformar cosmovisões minoritárias em elementos folclóricos ou pitorescos, em vez de reconhecê-las como sistemas complexos de sentido, identidade, pertencimento e relação com o sagrado. O HOPE e o FICA podem organizar a escuta, mas não eliminam preconceitos nem garantem a compreensão da experiência relatada. Por essa razão, a competência para o cuidado espiritual não pode ser reduzida ao domínio técnico de um roteiro. Ela também exige humildade cultural, entendida como a disposição para reconhecer os limites do próprio conhecimento, questionar preconceitos e permitir que o paciente explique o significado de suas práticas.

Em vez de presumir o que determinado rito, símbolo ou vínculo representa, o profissional deve investigar como ele se relaciona com a identidade, o sofrimento e as decisões daquele sujeito. Leão *et al.* (2026) também relacionam a ausência de diálogo culturalmente sensível ao aumento de conflitos entre equipes, pacientes e familiares. Esses conflitos podem dificultar a compreensão dos objetivos terapêuticos e favorecer a manutenção de intervenções prolongadoras sem benefício efetivo, em detrimento de uma assistência orientada pelo conforto, pela autonomia e pela dignidade.

Essa relação não significa que determinadas crenças conduzam necessariamente à recusa dos Cuidados Paliativos ou à escolha por tratamentos desproporcionais. O problema central encontra-se na ausência de diálogo capaz de esclarecer os valores, os medos e as expectativas envolvidos. Sem comunicação adequada, a equipe pode interpretar as posições da família como irracionalidade religiosa, enquanto pacientes e familiares podem compreender a limitação de tratamentos como abandono ou desrespeito às suas crenças.

A principal limitação substantiva apontada pelo estudo é a escassez de pesquisas específicas sobre religiões de matriz africana e espiritualidades de terreiro, sobretudo em língua portuguesa. Essa ausência representa uma forma de invisibilização epistêmica, pois mantém determinadas experiências pouco representadas na produção científica, dificulta a formulação de práticas culturalmente pertinentes e favorece a reprodução de modelos baseados em tradições religiosas dominantes.

A articulação entre os três estudos permite identificar uma progressão analítica. Aguiar e Silva (2021) abordam o reconhecimento da espiritualidade na prática psicológica, destacando a necessidade de clareza conceitual, escuta e limites éticos. Araújo, Fonseca e Brito (2025) deslocam a análise para a institucionalização dessa dimensão, apresentando barreiras, protocolos e instrumentos capazes de organizar sua inclusão no plano assistencial. Leão *et al.* (2026), por sua vez, demonstram que a sistematização pode permanecer excludente quando não considera as desigualdades raciais, culturais e religiosas.

20

Em conjunto, os estudos mostram que o cuidado espiritual não deve depender exclusivamente da sensibilidade individual dos profissionais. A falta de formação, diretrizes e fluxos favorece omissões e respostas fragmentadas. Por isso, são necessários instrumentos, responsabilidades definidas e possibilidades de encaminhamento, desde que os protocolos ampliem as possibilidades de escuta, em vez de substituir o diálogo ou presumir que todas as experiências possam ser compreendidas pelas mesmas categorias.

Os estudos também evidenciam que a atuação profissional precisa distinguir o cuidado espiritual do aconselhamento religioso. À equipe cabe reconhecer necessidades, acolher conflitos e considerar valores relevantes para as decisões clínicas, sem prescrever práticas, recomendar crenças ou interpretar o sofrimento segundo convicções pessoais. O respeito à autonomia inclui tanto o direito de expressar crenças e solicitar apoio quanto o direito de não abordar essa dimensão.

Em síntese, a inclusão da dimensão espiritual exige mais do que o reconhecimento abstrato de sua relevância. São necessárias formação profissional, escuta qualificada, instrumentos adequados, protocolos institucionais, definição de responsabilidades e trabalho interdisciplinar. A efetividade dessas medidas, contudo, depende da capacidade de conciliar organização institucional e reconhecimento das singularidades, construindo-se um cuidado espiritual sistemático, mas não padronizado; profissionalmente responsável, mas não impositivo; aberto às crenças, mas igualmente respeitoso em relação à ausência delas. A integralidade somente se concretiza quando essa dimensão é acolhida a partir dos sentidos atribuídos pelo próprio paciente e quando a diversidade cultural e religiosa deixa de ser tratada como obstáculo para tornar-se parte legítima do plano de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo analisar como a espiritualidade e a religiosidade são abordadas pela produção científica no contexto dos cuidados paliativos, considerando suas contribuições para o enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento, os possíveis efeitos negativos dessas dimensões para pacientes, familiares e cuidadores, bem como as tensões e os desafios relacionados à inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidado, entre eles as barreiras institucionais, as diferenças culturais e o racismo religioso. Foram examinados oito artigos publicados entre 2020 e 2026, organizados em duas categorias temáticas. A primeira reuniu cinco estudos voltados às experiências de pacientes, familiares e cuidadores, enquanto a segunda compreendeu três trabalhos dedicados às práticas profissionais, aos instrumentos de avaliação, às barreiras institucionais e às desigualdades que atravessam o cuidado espiritual.

21

Os resultados evidenciaram uma contradição central. Embora pacientes e familiares reconheçam a espiritualidade e a religiosidade como importantes fontes de sentido, esperança e apoio emocional, sua incorporação à assistência ainda ocorre de forma limitada, pouco sistematizada e nem sempre sensível à diversidade cultural e religiosa. Os estudos da primeira categoria demonstraram que o adoecimento grave não pode ser compreendido exclusivamente a partir das alterações biológicas e do controle dos sintomas físicos, uma vez que a perda de autonomia, as mudanças na rotina, a incerteza quanto ao futuro e a proximidade da morte também produzem sofrimento emocional, social, existencial e espiritual.

Nesse contexto, crenças, práticas religiosas, vínculos comunitários e fontes pessoais de sentido foram associados ao fortalecimento da esperança, ao conforto emocional, à preservação

dos vínculos e à resignificação do sofrimento. Sua contribuição não decorre necessariamente de alterações no quadro clínico, mas da possibilidade de preservar a identidade, o sentimento de pertencimento e a capacidade de atribuir significado a experiências marcadas pela vulnerabilidade e pela ausência de controle. Esses recursos também podem auxiliar familiares e cuidadores no enfrentamento da sobrecarga, da insegurança, do medo da perda e dos sentimentos de impotência.

Seus efeitos, contudo, não são automáticos, homogêneos ou necessariamente positivos. As crenças podem estar associadas à culpa, à interpretação da doença como punição, ao sentimento de abandono divino, a conflitos espirituais ou à dificuldade de compreender e aceitar a condição clínica. A filiação religiosa, portanto, não permite concluir, isoladamente, que o paciente dispõe de melhores condições de enfrentamento, assim como sua ausência não significa inexistência de espiritualidade ou de recursos para lidar com o sofrimento. A construção de sentido também pode ocorrer por meio de vínculos afetivos, memórias, valores, manifestações artísticas, contato com a natureza e outras experiências significativas, sem que tais recursos substituam o apoio psicológico, social e institucional.

Em relação à segunda categoria, os estudos demonstraram que o reconhecimento da espiritualidade como componente do cuidado integral ainda não se traduz plenamente em práticas profissionais e institucionais. Entre as principais barreiras identificadas estão a falta de capacitação, a inexistência de protocolos e fluxos de encaminhamento, o desconforto dos profissionais em abordar o tema, o receio de parecerem impositivos ou de invadirem a intimidade do paciente, a escassez de tempo e a compreensão de que essa dimensão não integraria as atribuições da equipe de saúde. Esses obstáculos não decorrem apenas de posturas individuais, mas também de modelos formativos predominantemente biomédicos e da própria organização dos serviços.

Instrumentos de avaliação espiritual, como HOPE e FICA, podem auxiliar na identificação de valores, crenças, práticas, fontes de esperança e vínculos comunitários relevantes. Sua aplicação, entretanto, não assegura que as informações obtidas sejam efetivamente incorporadas ao plano assistencial. Para além da identificação das necessidades, são indispensáveis o registro adequado, a discussão interdisciplinar, a definição de responsabilidades e a adoção de respostas ou encaminhamentos compatíveis com as demandas manifestadas. A sistematização do cuidado mostra-se, assim, necessária para evitar omissões e iniciativas isoladas.

Ela não deve, porém, converter-se em padronização, sobretudo quando instrumentos e procedimentos substituem a escuta ou presumem que experiências distintas possam ser compreendidas por meio de categorias rígidas e universais. No âmbito profissional, o cuidado espiritual deve ser claramente distinguido do aconselhamento religioso e do proselitismo. Compete à equipe reconhecer necessidades, acolher conflitos e considerar os valores relevantes para as decisões clínicas, sem recomendar crenças, prescrever práticas religiosas ou interpretar o sofrimento com base em convicções pessoais. O respeito à autonomia compreende tanto o direito de manifestar crenças e solicitar apoio quanto o de recusar qualquer abordagem relacionada a essa dimensão.

Também se destacaram as desigualdades culturais e raciais presentes nos serviços de saúde. A discussão sobre o racismo religioso demonstrou que determinadas tradições recebem maior legitimidade institucional do que outras. As restrições à presença de lideranças religiosas, objetos, cânticos e rituais de matriz africana evidenciam que o reconhecimento genérico da espiritualidade não garante tratamento igualitário entre diferentes crenças. Quando os cuidados paliativos acolhem apenas algumas tradições como legítimas, sua pretensão de integralidade permanece incompleta. A invisibilização das religiões de matriz africana e das espiritualidades de terreiro pode intensificar o sofrimento, enfraquecer a confiança nos serviços e configurar uma forma de violência institucional. Por essa razão, a competência para o cuidado espiritual pressupõe humildade cultural, revisão de preconceitos e respeito às diversas formas de relação com o sagrado.

Logo, a articulação entre as duas categorias demonstra que a discussão sobre espiritualidade nos cuidados paliativos não pode se limitar aos seus possíveis benefícios individuais. É necessário considerar as condições profissionais e institucionais que viabilizam sua abordagem, bem como as desigualdades que determinam quais crenças são reconhecidas, toleradas ou silenciadas nos espaços de saúde. A principal contribuição desta revisão consiste, portanto, em evidenciar que o cuidado espiritual envolve, simultaneamente, dimensões subjetivas, clínicas, institucionais, culturais e políticas.

A responsabilidade por sua inclusão não deve recair exclusivamente sobre profissionais individualmente sensibilizados, psicólogos ou representantes religiosos, mas ser compartilhada entre gestores, instituições formadoras e equipes multiprofissionais. Para que essa dimensão seja considerada de maneira consistente, tornam-se necessários programas de capacitação, protocolos flexíveis, espaços de discussão interdisciplinar, fluxos de encaminhamento

claramente definidos e políticas institucionais comprometidas com o respeito à diversidade religiosa e à ausência de crenças. Entre as limitações identificadas, destaca-se a baixa diversidade cultural e religiosa da produção analisada, especialmente no que se refere às religiões de matriz africana, às espiritualidades de terreiro, às pessoas sem filiação religiosa e àquelas que vivenciam conflitos espirituais.

Recomenda-se que pesquisas futuras abranjam maior diversidade cultural e religiosa e incluam pacientes, familiares, profissionais e lideranças comunitárias na avaliação das práticas de cuidado espiritual. Torna-se necessário, ainda, construir formas de cuidado fundamentadas em perspectivas sociais críticas e antirracistas, capazes de reconhecer e enfrentar as desigualdades que atravessam as práticas em saúde. Nesse processo, a atuação criativa, reflexiva e comprometida dos profissionais pode impulsionar transformações institucionais e favorecer uma assistência mais equitativa, inclusiva e sensível à pluralidade das experiências humanas.

Conclui-se que a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para o enfrentamento da doença, da finitude e do sofrimento, embora seus sentidos e efeitos dependam das experiências singulares de pacientes e familiares. Sua inclusão nos cuidados paliativos requer formação profissional, organização institucional e trabalho interdisciplinar, sem imposição de crenças ou aplicação mecânica de protocolos. A integralidade da assistência pressupõe, igualmente, o reconhecimento da diversidade cultural e religiosa e o enfrentamento de práticas discriminatórias que silenciam tradições historicamente marginalizadas.

24

O cuidado espiritual nas instituições de saúde deve ser incorporado de forma sistemática, sem se limitar à aplicação padronizada de protocolos; conduzido com responsabilidade profissional, sem assumir caráter impositivo; e aberto às diferentes crenças, ancestralidades, tradições culturais e formas de atribuição de sentido à existência, preservando, igualmente, o direito daqueles que não possuem filiação religiosa. Sua abordagem somente será compatível com os princípios dos cuidados paliativos quando fundamentada no respeito à autonomia, à dignidade e aos sentidos que cada sujeito atribui ao processo saúde-doença, à vida e à morte.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. F.; SILVA, J. P. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 158–167, 2021. Disponível em: <https://share.google/EEY5yIitCbhygsUd>. Acesso em: 1 jun. 2026.

ARAÚJO, D. B. de; FONSECA, F. N.; BRITO, V. R. de. Desafios para a inclusão da religiosidade e espiritualidade no plano de cuidado de pacientes em cuidados paliativos. **Revista**

JRG de Estudos Acadêmicos, v. 8, n. 18, eo81901, jan./jun. 2025. Disponível em: <https://share.google/td2EN6iXFCvfz4WkK>. Acesso em: 1 jun. 2026.

ARAÚJO, L. da S. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e3203, 2022. Disponível em: <https://share.google/p9NQsayz9bhcTNEoY>. Acesso em: 1 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Seção 1, p. 2. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-15.126-de-28-de-abril-de-2025-626426715>. Acesso em: 11 jun. 2026.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2024. Seção 1, p. 215. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 11 jun. 2026.

CORDEIRO, Franciele Roberta. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês**. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/152722> Acesso em: 11 jun. 2026.

FERREIRA, L. F. *et al.* A influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, e-07422, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422>. Acesso em: 1 jun. 2026.

FUKUSHIMA, A. R. *et al.* A influência da religiosidade e espiritualidade nos cuidados paliativos: caminhos para a compreensão da finitude. **Revista Multidisciplinar da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 1-12, 2026. Disponível em: <https://share.google/Xcq558dzUeu9pwsdo>. Acesso em: 1 jun. 2026.

HOFFMANN, M. C. *et al.* Cuidados paliativos e políticas públicas no Brasil: aspectos conceituais e históricos. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 9, n. 2, p. 473-489, 2023. Disponível em: <https://psicodebate.dpgsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/998>

LEÃO, L. R. F. *et al.* Cuidado paliativo e racismo religioso: uma revisão narrativa. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 3, n. 1, p. 375-382, 2026. Disponível em: <https://share.google/WQ3kzlNVfQFazBiPv>. Acesso em: 1 jun. 2026.

OGASSAVARA, D. *et al.* Concepções e interlocuções das revisões de literatura narrativa: contribuições e aplicabilidade. **Ensino & Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 8-21, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/ensinoepesquisa/article/view/7646>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SILVA, C. C. da *et al.* A contribuição da espiritualidade e religiosidade no alívio do sofrimento em cuidados paliativos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 295-314, dez. 2024. Disponível em: <https://share.google/uJlkMVbYoq6PtnXI1>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SILVA, M. R. da *et al.* Cuidados paliativos pediátricos no contexto hospitalar brasileiro: uma revisão narrativa. In: SOUSA, M. G. de *et al.* (org.). **Inovações na educação e promoção da saúde**. Icó, CE: Research, 2025. cap. 101, p. 855-864. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/5493049>. Acesso em: 11 jun. 2026.

SILVA, M. R. *et al.* Diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Tópicos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 33, p. 1-25, 2026. ISSN 2965-6672. Disponível em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/diretivas-antecipadas-de-vontade-e-cuidados-paliativos-uma-revisao-integrativa-da-literatura-nacional>. Acesso em: 11 jun. 2026.

SOUZA, L. H. N. de *et al.* A importância da espiritualidade sob a ótica do cuidador familiar de pacientes hospitalizados sob cuidados paliativos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, v. 1, n. 3, p. 56-61, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/2274276.1.3-3>

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/245380>. Acesso em: 1 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of palliative care**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 1 jun. 2026.