interações
ISSN: 1983-2478
DOI: 10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212t01
PUC Minas

COPING ESPIRITUAL/RELIGIOSO E ELABORAÇÃO DA FINITUDE EM CUIDADOS PALIATIVOS:
uma análise interpretativa

SPIRITUAL/RELIGIOUS COPING AND THE ELABORATION OF FINITUDE IN PALLIATIVE CARE:
an interpretative analysis

COPING *ESPIRITUAL/RELIGIOSO Y ELABORACIÓN DE LA FINITUD EN CUIDADOS PALIATIVOS:*
un análisis interpretativo

Valéria Carolina Armas Villegas[*]
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
Programa de Residência Médica
São Paulo, SP, Brasil
E-mail: valeria.armas.villegas@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-1989-7738

Mary Rute Gomes Esperandio[**]
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Programas de Pós-Graduação em Bioética e em Teologia
Curitiba, PR, Brasil
E-mail: mary.esperandio@pucpr.br
ORCID: 0000-0001-8521-8794

Solena Ziemer Kusma Fidalski[***]
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Curitiba, PR, Brasil
E-mail: solenakusma@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1708-0038

Daiane Campos Nascimento[****]
Faculdades Pequeno Príncipe
Curso de Medicina
Curitiba, PR, Brasil
E-mail: daia.camp@hotmail.com
ORCID: 0009-0008-6769-412X

RESUMO
Este estudo analisa como diferentes padrões de *coping* espiritual/religioso (CER) se articulam à elaboração da finitude em pessoas em cuidados paliativos, discutindo as implicações dessas estratégias para a construção de sentido diante da proximidade da morte. Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-interpretativa, baseada em entrevistas semiestruturadas com sete pessoas em acompanhamento ambulatorial em cuidados paliativos. Aplicou-se a Escala Breve de *Coping* Espiritual/Religioso (SRCOPE-14) para identificar padrões positivos e negativos de

[*] Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Graduada em Medicina pelas Faculdades Pequeno Príncipe de Curitiba. Especializanda em Medicina Paliativa no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

[**] Doutora e mestra em Teologia pela Faculdades EST. Especialista em Medicina pela Universidad del Salvador, Argentina. Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e em Pedagogia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

[***] Doutora em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Mestra em Saúde Coletiva pela University College London. Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

[****] Especialista em Medicina Paliativa pelo Hospital do Câncer de Barretos. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Paraná. Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

coping. Os dados foram analisados por meio de análise temática, orientada pelo referencial do *coping* espiritual/religioso. Observou-se predominância de estratégias positivas associadas a narrativas de integração existencial e redução do medo da morte, bem como a presença de ambivalência espiritual, caracterizada pela coexistência de aceitação e expectativa de reversão do quadro clínico. Conclui-se que, na amostra estudada, mais do que a religiosidade declarada, a configuração e a qualidade das estratégias de *coping* mobilizadas parecem exercer papel central na experiência da finitude, podendo favorecer a integração existencial ou revelar tensões no processo de elaboração da morte. Futuros estudos poderão aprofundar a análise da ambivalência espiritual e explorar longitudinalmente as transformações do *coping* ao longo da trajetória de adoecimento.
Palavras-chave: *Coping* espiritual/religioso; finitude; cuidados paliativos; espiritualidade; construção de sentido.

ABSTRACT
This study examines how different patterns of spiritual/religious coping relate to the elaboration of finitude among patients receiving palliative care, discussing the implications of these strategies for meaning-making in the face of approaching death. A qualitative exploratory-interpretive design was employed, based on semi-structured interviews with seven outpatients in palliative care. The Brief Spiritual/Religious Coping Scale (SRCOPE-14) was applied to identify positive and negative coping patterns. Data were analyzed through thematic analysis, guided by the theoretical framework of spiritual/religious coping. Results indicated a predominance of positive coping strategies associated with narratives of existential integration and reduced fear of death, alongside the presence of spiritual ambivalence, characterized by the coexistence of acceptance and expectations of clinical reversal. In conclusion, within the studied sample, rather than declared religious affiliation itself, the configuration and quality of the mobilized coping strategies appear to play a central role in the experience of finitude, either fostering existential integration or revealing tensions in the process of coming to terms with death. Future research may further explore spiritual ambivalence and examine longitudinal changes in coping throughout the illness trajectory.
Keywords: *Spiritual/religious coping; finitude; palliative care; spirituality; meaning-making.*

RESUMEN
Este estudio examina cómo diferentes patrones de coping *espiritual/religioso se articulan con la elaboración de la finitud en personas que reciben cuidados paliativos, discutiendo las implicaciones de estas estrategias para la construcción de sentido ante la proximidad de la muerte. Se adoptó un diseño cualitativo exploratorio-interpretativo, basado en entrevistas semiestructuradas con siete personas en atención ambulatoria de cuidados paliativos. Se aplicó la Escala Breve de* Coping *Espiritual/Religioso (SRCOPE-14) para identificar patrones positivos y negativos de* coping*. Los datos fueron analizados mediante análisis temático, guiado por el marco teórico del* coping *espiritual/religioso. Se observó predominio de estrategias positivas asociadas a narrativas de integración existencial y disminución del miedo a la muerte, junto con la presencia de ambivalencia espiritual, caracterizada por la coexistencia de aceptación y expectativas de reversión clínica. Se concluye que, en la muestra estudiada, más que la religiosidad declarada, la configuración y la calidad de las estrategias de afrontamiento movilizadas parecen ejercer un papel central en la experiencia de la finitud, pudiendo favorecer la integración existencial o revelar tensiones en el proceso de elaboración de la muerte. Futuros estudios podrán profundizar en la ambivalencia espiritual y analizar longitudinalmente las transformaciones del* coping *a lo largo del proceso de enfermedad.*
Palabras clave: Coping *espiritual/religioso; finitud; cuidados paliativos; espiritualidad; construcción de sentido.*

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, os Cuidados Paliativos têm sido progressivamente implementados no âmbito hospitalar brasileiro, com foco em uma abordagem holística que busca o alívio do sofrimento de pacientes com doenças graves, visando melhorar sua qualidade de vida e de seus familiares e cuidadores (Palmeira, Scorsolini-Comin, Peres, 2011; Radbruch *et al.*, 2020). Nesse contexto, o conceito de dor total amplia a compreensão do sofrimento para além dos sintomas físicos, incorporando dimensões emocionais, familiares e espirituais (Carvalho *et al.*, 2022). Tal perspectiva dialoga com uma concepção ampliada de saúde, que reconhece a integralidade do cuidado e a importância das crenças, valores e significados atribuídos pela pessoa ao adoecimento e à finitude (Carvalho, Parsons, 2012; Feio, Oliveira, 2015).

A otimização da funcionalidade e o conforto são dois dos principais objetivos do Cuidado Paliativo. Para tanto, o reconhecimento das dimensões humanas – física, emocional/psicológica, religiosa/espiritual e social – é imprescindível (Cherny *et al.*, 2021). Um dos modelos cunhados para sintetizar esse pensamento é o *Diagrama de Avaliação Multidimensional* publicado por Carvalho e Parsons (2012), o qual demonstra que a abordagem paliativa visa, além do controle de sintomas, a análise e ressignificação de medos e culpas, a organização de questões financeiras, conversas sobre a vida e a morte, construção de legado, dentre tantos outros aspectos.

Diante de doenças graves ou ameaçadoras da vida, espiritualidade e religião frequentemente assumem papel central na experiência subjetiva do paciente. A espiritualidade refere-se à busca individual por sentido, propósito e conexão consigo, com o outro ou com o transcendente, podendo ou não estar vinculada a práticas religiosas formais (Puchalski *et al.*, 2009). Já a religião compreende um sistema organizado de crenças, rituais e valores compartilhados socialmente, capaz de influenciar comportamentos (Pargament, 1997). Estudos brasileiros destacam que ambas podem contribuir positivamente para a saúde mental, qualidade de vida e estratégias de *coping*, especialmente em contextos de adoecimento e vulnerabilidade (Lucchetti, Koenig, Lucchetti, 2021).

Essas dimensões tendem a se manifestar de forma concreta por meio de estratégias de enfrentamento, como oração, meditação, rituais ou busca de apoio religioso. O uso desses recursos foi sistematizado por Pargament (1997) sob o conceito de *coping* espiritual/religioso (CER), compreendido como o processo pelo qual indivíduos mobilizam crenças e referenciais espirituais ou religiosos para atribuir significado e lidar com situações

estressoras. Posteriormente, o autor e colaboradores distinguiram padrões positivos e negativos de *coping* espiritual/religioso (Pargament *et al*., 1998, 2000).

O *coping* positivo envolve estratégias como colaboração com Deus, reinterpretação benevolente da adversidade e busca de apoio espiritual, enquanto o *coping* negativo inclui conflitos espirituais, sentimentos de punição divina e abandono religioso, estando associado a maior sofrimento psíquico (Pargament *et al*., 1998, 2000). Quanto aos conflitos e tensões relacionados à dimensão espiritual/religiosa, chamados de *spiritual struggles,* documentaram-se seis domínios: *divine struggles*, relacionados a sentimentos de abandono ou punição por Deus; *demonic struggles*, associados à percepção de forças malignas; *interpersonal struggles*, envolvendo experiências negativas com grupos ou instituições religiosas; *moral struggles*, ligados à culpa e autocondenação; *ultimate meaning struggles*, relacionados à perda de propósito existencial; e *doubt struggles*, caracterizados por incertezas persistentes acerca das crenças religiosas e espirituais (Exline *et al*., 2014).

No cenário dos Cuidados Paliativos, a revisão de Evangelista *et al*. (2016) aponta um expressivo domínio do uso de estratégias de *coping* positivo nessa população, auxiliando na ressignificação do sofrimento, alívio da dor e fortalecimento do suporte emocional diante de prognósticos desfavoráveis. O *coping* negativo pode emergir concomitantemente com o avanço da perda funcional e a finitude iminente, resultando em sentimentos de culpa e abandono.

Esse panorama impõe desafios bioéticos e clínicos às equipes assistenciais (Santos *et al*., 2022), uma vez que os diferentes tipos de *coping* deixam de ser ações complementares e passam a ser reconhecidos como pilares indispensáveis para preservação da dignidade, autonomia e promoção de conforto multidimensional no fim de vida.

No Brasil, além da expansão dos Cuidados Paliativos, observa-se nas últimas duas décadas um crescimento exponencial das pesquisas em Espiritualidade em Saúde (Moreira-Almeida, Lucchetti, 2016), em um contexto sociocultural no qual a maioria da população declara alguma filiação religiosa e atribui elevada importância à religião em sua vida (Azevedo, Di Tommaso, 2015). Esse cenário reforça a relevância de investigar como o *coping* espiritual/religioso é mobilizado por pacientes em situação de vulnerabilidade existencial.

Embora estudos indiquem que a espiritualidade pode atuar como recurso de enfrentamento em situações de adoecimento, ainda são escassas investigações qualitativas que explorem, em profundidade, como diferentes padrões de *coping* espiritual/religioso se articulam à elaboração da finitude em contexto de cuidados paliativos.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar como diferentes padrões de *coping* espiritual/religioso (positivo, negativo ou coexistente) se relacionam com os modos de elaboração da finitude em pacientes em cuidados paliativos, discutindo as implicações dessas estratégias para a construção de sentido diante da proximidade da morte e para a importância do reconhecimento da dimensão espiritual no cuidado em saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratório-interpretativa, e, para garantir o rigor metodológico e a transparência no relato do estudo, os procedimentos seguiram as recomendações do roteiro *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong, Sainsbury, Craig, 2007). A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, utilizando inicialmente a aplicação de um questionário para levantamento de dados sociodemográficos e de crenças (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação profissional, crença) e a aplicação da Escala Breve de *Coping* Espiritual/Religioso (SRCOPE-14) (Esperandio *et al.,* 2018). Na sequência, utilizou-se um roteiro semiestruturado composto por perguntas abertas. Não houve teste piloto prévio à aplicação.

As perguntas do Roteiro Semiestruturado buscaram explorar questões sobre a espiritualidade no cuidado em saúde ("Entre os membros da equipe de saúde, alguma vez alguém perguntou ou conversou com você sobre questões relativas à espiritualidade?"; "Você trouxe alguma questão relacionada à sua espiritualidade para o tratamento médico?"; "Você gostaria de discutir questões espirituais com seu médico? Por quê?"); entender qual a visão da pessoa enferma sobre seu diagnóstico e tratamento ("Há quanto tempo você está em tratamento médico?"; "Faz uso da UBS/Atenção Domiciliar?"; "Qual seu diagnóstico e visão sobre o adoecimento?"); e, por fim, conhecer a visão dos/as participantes sobre o fim da vida ("Qual é sua visão do fim da vida?").

A escala SRCOPE-14 é composta por sete (7) itens que identificam o uso de CER Positivo e sete (7) itens que identificam o uso de CER Negativo, tendo sido validada no Brasil por Esperandio *et al.* (2018). Os itens são respondidos em escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo), avaliando a frequência de uso das estratégias de *coping* espiritual/religioso. Para a análise e caracterização do *coping*, calculou-se a média aritmética dos itens que compõem cada uma das subescalas (Positivo e Negativo) por participante, cujos escores finais podem variar de 1,00 a 5,00. A intensidade de uso de cada padrão de *coping* foi classificada com base nos parâmetros oficiais estabelecidos pelos autores da validação: nenhum ou irrelevante (1,00 a 1,50); baixo (1,51 a

2,50); médio (2,51 a 3,50); alto (3,51 a 4,50); e muito alto (4,51 a 5,00).

Para o tratamento dos dados, optou-se pela Análise Temática, conforme proposta de Braun e Clarke (2006), observando as seguintes etapas: (1) familiarização com os dados; (2) geração de códigos iniciais; (3) busca por temas; (4) revisão e refinamento dos temas; e (5) definição e nomeação das categorias analíticas (Dias, Mishima, 2023; Rosa, Mackedanz, 2021). A interpretação foi orientada pelo referencial teórico do *coping* espiritual/religioso, buscando compreender como diferentes padrões (positivo, negativo ou coexistentes) se articulam aos modos de elaboração da finitude relatados pelas pessoas participantes. Os temas explorados foram deduzidos com base nas respostas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 6.235.153), conforme as diretrizes nacionais para pesquisas com seres humanos.

2.1 Procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, médica residente em Medicina de Família e Comunidade, sem vínculo assistencial direto com as pessoas participantes do estudo e treinada para realizar as perguntas previamente estabelecidas junto aos demais autores do estudo. A finalidade acadêmica do estudo foi esclarecida previamente, destacando-se o interesse em compreender as experiências individuais relacionadas ao enfrentamento da doença e à finitude.

Para garantir o cuidado ético exigido pela temática, o desenho do estudo previu um processo de consentimento contínuo e esclarecimento prévio sobre o tema da pesquisa, realizado em três momentos distintos: no convite inicial, no agendamento e imediatamente antes do início da gravação. Adicionalmente, explicitou-se aos participantes a total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento, caso sentissem desconforto clínico ou emocional.

As pessoas entrevistadas foram convidadas por enfermeira e médicas de equipe através de convite físico e virtual elaborado pela pesquisadora, os quais eram entregues em acompanhamentos por teleatendimento e no final de consultas presenciais. As entrevistas únicas ocorreram por videochamada via aplicativo WhatsApp, em ambiente escolhido pelo participante, geralmente em sala ou quarto de suas residências, com duração média de 15 minutos, variando conforme a condição clínica e disponibilidade. Algumas pediram auxílio de filhos ou cuidadores para uso do celular, mas estes não participaram ativamente nas respostas.

A escolha da videochamada se deu por desejo de manter o máximo conforto e segurança dos participantes frente à abordagem do tema proposto. Considerou-se ainda a dinâmica do serviço e o perfil das pessoas estudadas (consultas longas e pacientes pouco habituados a períodos longos fora de casa, dada a condição clínica).

O áudio foi registrado por meio de gravação digital, mediante consentimento prévio dos/as participantes. Asseguraram-se a confidencialidade e o armazenamento seguro dos dados. As gravações foram posteriormente transcritas na íntegra para análise manual, utilizando Word e Excel (sem a ajuda de software específico). As transcrições não foram enviadas novamente aos participantes e foram revisadas pelas pesquisadoras orientadoras. As pessoas participantes foram identificadas por códigos alfanuméricos (P1 a P7), garantindo anonimato e confidencialidade.

Não houve análise de prontuário para além das entrevistas, visto que a proposta era realizar a pesquisa com base apenas nas informações fornecidas pelos pacientes. Além disso, por se tratar de primeira pesquisa no local com médica que não era diretamente vinculada ao serviço de Cuidados Paliativos estudado, optou-se por menor exposição de dados dos pacientes.

2.2 Reflexividade da pesquisadora

Considerando que a pesquisadora principal é médica residente com atuação na atenção à saúde, reconhece-se que sua formação e inserção profissional poderiam influenciar a condução das entrevistas e a interpretação dos dados. Para minimizar possíveis interferências hierárquicas ou pressupostos clínicos na produção dos dados, buscou-se manter uma postura estritamente reflexiva e de escuta ativa. A condução dos diálogos priorizou o respeito ao tempo de resposta de cada indivíduo, evitando intervenções diretivas ou insistências que buscassem atender a expectativas prévias da investigadora. Desse modo, as temáticas da espiritualidade e da finitude não foram abordadas de forma mecânica ou abrupta, permitindo que as reflexões sobre o adoecimento e o fim da vida emergissem de maneira orgânica, amparadas pelo acolhimento estabelecido durante a interação.

2.3 Contexto e critérios de inclusão/exclusão no estudo

Participaram da pesquisa pacientes em acompanhamento ambulatorial em um serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário de uma grande cidade no sul do

Brasil.

Foram conduzidas sete (7) entrevistas entre dezembro de 2023 e dezembro de 2024. A inclusão considerou pacientes com doença ativa, cientes de seu diagnóstico e que se declararam confortáveis para dialogar sobre seu adoecimento e seus desdobramentos; a compreensão do prognóstico não foi questionada ativamente. Foram excluídos indivíduos com limitações significativas de comunicação verbal. Duas pessoas recusaram formalmente o convite; uma delas relatou indisponibilidade de familiar que auxiliaria na mediação tecnológica da entrevista. A amostragem foi por conveniência, limitando-se ao número de pessoas que aceitaram participar durante o período estipulado para realização da pesquisa.

Destaca-se que o número de participantes reflete as especificidades do contexto de Cuidados Paliativos, no qual a vulnerabilidade clínica, a instabilidade do quadro de saúde e as limitações físicas e emocionais frequentemente impõem desafios à ampliação amostral. Estudos qualitativos em contextos de fim de vida reconhecem as dificuldades éticas e logísticas de recrutamento, ressaltando a necessidade de respeitar limites clínicos e emocionais das pessoas participantes (Gysels, Evans, Higginson, 2013). A coleta foi realizada dentro do período disponível (da aprovação do comitê de ética ao período estipulado pela comissão de residência médica), considerando também a disponibilidade e condição das pessoas enfermas para participação voluntária.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da amostra e padrões de *coping* espiritual/religioso

Participaram do estudo sete pessoas em acompanhamento ambulatorial em Cuidados Paliativos, com idade média de 69 anos (Tabela 1).

O tempo médio de acompanhamento em saúde relatado foi de aproximadamente 12 anos. Predominaram condições clínicas de etiologia pulmonar, como fibrose cística, fibrose pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Duas pessoas referiram não saber especificar a condição que motivou o seu encaminhamento ao serviço de Cuidados Paliativos, aspecto que pode sugerir lacunas na comunicação sobre diagnóstico e prognóstico.

No que se refere ao *coping* espiritual/religioso, a aplicação da SRCOPE-14 permitiu identificar predominância de estratégias positivas. Todas as pessoas participantes apresentaram algum nível de *coping* espiritual/religioso positivo: três em intensidade

média, três em intensidade alta e um em intensidade altíssima. O *coping* espiritual/religioso negativo esteve presente em quatro participantes, sendo classificado como baixo em três casos e alto em um.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo (Sul do Brasil, 2023–2024)

Participante do estudo	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil
P1	F	50	Ensino Médio Completo	Divorciada
P2	F	79	Não alfabetizada	Viúva
P3	F	80	Não alfabetizada	Viúva
P4	F	62	Ensino Fundamental Completo	Viúva
P5	F	73	Ensino Superior Completo	Viúva
P6	M	71	Ensino Fundamental Completo	Casado
P7	F	68	Ensino Fundamental Incompleto	Viúva

Fonte: Dados da pesquisa (2025). Nota: F= Feminino; M = Masculino; P = Participante

Quanto à autopercepção relacionada à identificação como pessoa espiritualizada e/ou religiosa, seis participantes se identificaram na categoria de *espiritualizadas*, sendo que três delas se reconheceram como *espiritualizadas e religiosas*. Apenas uma pessoa declarou-se exclusivamente *religiosa*. Dentre as pessoas que se identificaram como religiosas, as filiações mencionadas foram católica e evangélica. Entre as que não se reconheciam com pertença religiosa formal, houve referência frequente à oração e à busca pessoal por Deus, ainda que sem vínculo formal com uma comunidade de fé.

Esses dados indicam um contexto no qual a espiritualidade — institucionalizada ou não — constitui elemento significativo na experiência das pessoas participantes. Mais do que a filiação religiosa em si, observa-se a presença ativa de estratégias de *coping* espiritual/religioso, cuja qualidade (positiva, negativa ou coexistente) mostrou-se relevante para compreender os modos de elaboração da finitude, conforme discutido a seguir.

3.2 *Coping* espiritual/religioso positivo e integração da finitude

A predominância de *coping* espiritual/religioso positivo observada na SRCOPE-14 encontrou correspondência nas narrativas das pessoas participantes. Entre aquelas com níveis elevados de *coping* positivo e baixos índices de *coping* negativo, emergiram discursos

marcados por aceitação da finitude, confiança em Deus e integração da experiência de adoecimento à própria trajetória de vida.

A fala do Participante 6 ilustra esse movimento:

> O que eu tinha que passar nesta terra – não que eu já queira ir, quanto mais tarde for, melhor –, mas eu não tenho medo porque eu sei que minha missão está praticamente cumprida [...]. Deus, Ele me confiou uma família [...], o que eu quero mais que isso, não é mesmo (*sic)* (Participante 6).

Esse movimento pode ser compreendido como processo de reconstrução de significado, no qual a adversidade é integrada a uma estrutura maior de sentido religioso. Para Pargament (2011), o *coping* espiritual positivo não apenas reduz o estresse, mas pode favorecer a transformação espiritual e reorganização identitária diante de eventos-limite.

Observa-se que a ausência de medo da morte não se associa a desejo de morrer, mas a uma percepção de completude existencial. A ideia de *missão cumprida* expressa uma elaboração narrativa que insere o sofrimento e a finitude dentro de um horizonte maior de sentido. Trata-se de um processo que dialoga com o que Pargament (1997) descreve como *construção de sentido religioso*, no qual eventos adversos são reinterpretados à luz de crenças espirituais que conferem coerência à experiência. Na fala analisada, o sentido surge como algo que ele descobre e encontra na própria história de vida, aproximando esse movimento de uma perspectiva existencial, em que a fé funciona como um recurso para reconhecer um propósito que já serve de apoio para a sua existência.

De modo semelhante, outros relatos evidenciaram a esperança na continuidade da vida como elemento estruturante da elaboração da morte. Uma participante afirmou: “Se aqui eu não for curada [...], eu sei que tem um lugar melhor para mim” (*sic*) (Participante 1). De forma convergente, outra participante declarou: “Eu não sinto medo da morte, porque eu tenho esperança em Deus de sair dessa vida e ter uma vida bem melhor que essa” (*sic*) (Participante 6).

Nessas narrativas, a esperança escatológica não aparece como negação da realidade clínica, mas como uma certeza concreta sobre a continuidade da existência que possibilita enfrentar a finitude de forma integrada. A crença em uma vida após a morte não funciona aqui como um mero recurso psicológico ou mecanismo de defesa para aliviar a angústia; pelo contrário, ela constitui a própria realidade em que a pessoa se ancora. Assim, o CER Positivo manifesta-se como uma base segura que permite compreender a morte como transição e continuidade, e não como ruptura absoluta.

Sob perspectiva existencial, Tillich (1992) compreende a ansiedade diante da finitude

que ameaça a existência. No contexto analisado, contudo, a finitude é percebida como restrita à dimensão biológica e material da vida, e não ao ser humano em sua totalidade. A *coragem de ser* emerge quando a pessoa encontra na fé fundamento último para sustentar a convicção de que sua existência ultrapassa os limites do corpo físico. As narrativas associadas ao CER Positivo parecem refletir essa base firme e profunda mediada pela fé.

Os dados sugerem que não é a mera presença de uma filiação ou identidade religiosa nominal que se associa à elaboração mais serena da finitude, mas a qualidade das estratégias de *coping* mobilizadas pelo indivíduo. A análise qualitativa permitiu observar que participantes que se diziam religiosos apresentavam modos distintos de vivenciar a terminalidade, a depender de seus recursos de enfrentamento. Quando predominam recursos positivos – como confiança, colaboração com o sagrado e reinterpretação benevolente – observa-se maior integração existencial do adoecimento. Esse achado reforça a importância de distinguir, analiticamente, a religiosidade nominal de *coping* espiritual/religioso funcional.

3.3 Ambivalência espiritual e oscilação entre esperança e incerteza

Embora tenha havido predominância de *coping* espiritual/religioso positivo, a aplicação da SRCOPE-14 revelou que quatro participantes também apresentaram algum nível de *coping* negativo, sendo um deles classificado como alto. Essa coexistência de estratégias positivas e negativas encontrou expressão nas narrativas por meio de discursos marcados por ambivalência, incerteza e tensão entre aceitação e expectativa de reversão do quadro clínico.

A fala do Participante 7 ilustra essa questão. Ao responder ao item da escala SRCOPE-14 que investiga o sentimento de punição divina (item 9: “Senti-me punido por Deus por minha falta de fé”), a participante atribuiu uma pontuação intermediária (nota 3), vinculando essa percepção a um período anterior de sua vida: “isso é do tempo que não era evangélica, por desobediência” (*sic*). Diante do avanço da gravidade clínica, a participante relata:

> Eu nem sei dizer, meio complicado a gente falar, a gente não sabe o que vai ser, é muito sofrido a pessoa doente e a doença é muito complicada, só Deus mesmo para saber o que vai ser, vai que tem alguma coisa para a gente reverter. Se tivesse alguma coisa para a gente reverter era bom, só Deus para reverter. (*sic*) (Participante 7).

Nessa narrativa, observa-se que o escore intermediário quantifica com precisão a ambivalência vivida: a culpa por falhas do passado ainda tensiona o presente, mas não anula sua busca por amparo espiritual. Há, simultaneamente, o reconhecimento da gravidade da doença ("é muito sofrido", "a doença é muito complicada") e a manutenção de uma expectativa de possível reversão mediada por intervenção divina ("vai que tem alguma coisa para a gente reverter"). Não se trata de negação simples da realidade clínica, mas de uma oscilação entre culpa/aceitação parcial e esperança de milagre que adie o término da vida material.

Tal ambivalência pode ser compreendida à luz do referencial de CER como coexistência de estratégias positivas e negativas. Enquanto a confiança em Deus pode funcionar como suporte, a incerteza quanto ao desfecho e a expectativa de reversão podem indicar tensão interna ou dificuldade de integração plena da finitude. Pargament (1997) já apontava que o CER pode assumir múltiplas formas simultaneamente, não sendo um processo linear ou homogêneo. A literatura em Psicologia da Religião reconhece que experiências de doença grave podem desencadear lutas espirituais, caracterizadas por tensão, dúvida ou conflito em relação ao sagrado (Exline, 2013; Exline *et al.*, 2014). A coexistência de confiança e incerteza observada nos relatos sugere que o CER pode incluir dimensões de luta, sem que isso implique ausência de fé.

Essa oscilação também dialoga com a literatura sobre consciência prognóstica em cuidados paliativos, que sugere que pacientes podem alternar entre diferentes graus de reconhecimento da gravidade da doença, em um movimento de *pendulação* (Jackson *et al.*, 2013) adaptativa. Assim, a ambivalência não deve ser interpretada como falha de enfrentamento, mas como expressão dinâmica do processo de elaboração existencial diante da proximidade da morte.

Diferentemente dos relatos associados a *coping* predominantemente positivo, aqui a esperança assume contornos mais tensionados, coexistindo com sofrimento e incerteza. Esse achado reforça a tese de que a qualidade do *coping* espiritual/religioso – e não apenas sua presença – é determinante para compreender os modos de elaboração da finitude.

3.4 Invisibilidade da dimensão espiritual na clínica

Apesar da centralidade do CER na elaboração da finitude, a maioria das pessoas participantes relatou que a espiritualidade raramente foi abordada de maneira sistemática nos atendimentos em saúde. Cinco das sete pessoas entrevistadas afirmaram nunca terem

sido questionadas sobre essa dimensão, ainda que duas tenham mencionado perguntas pontuais sobre religião. A fala de P4 exemplifica essa distinção: "Teve uma médica que perguntou se eu tinha religião [...], mas só uma vez também" (*sic*) (Participante 4).

Perguntar sobre religião, entretanto, não foi percebido como equivalente à abertura para discussão mais ampla sobre espiritualidade ou sentido existencial. Para algumas pessoas, o espaço clínico parecia delimitado ao tratamento técnico da doença: O Participante 4 relata: "Eu acho que não caberia, porque o médico é para tratar a doença, não tem muito a ver com espiritualidade, é mais a coisa material" (*sic*) (Participante 4). Outro participante fala: "Ele [médico] também não dá essa abertura, então é mais técnico, médico" (Participante 1).

Essas falas sugerem que a própria relação médico-paciente pode estar atravessada por expectativas implícitas de separação entre esfera biomédica e esfera espiritual. A espiritualidade aparece como dimensão privada, deslocada do espaço clínico. Mesmo quando reconhecida como importante para o enfrentamento, não necessariamente é percebida como tema legítimo no contexto da consulta.

Outro elemento recorrente foi a referência à limitação de tempo expressa na fala de P2 e P3: "Eles cuidam da gente, da doença, às vezes eles não têm tempo" (*sic*) (Participante 2); "Eles também não têm muito tempo, a gente respeita o tempo deles" (Participante 3).

A restrição temporal, associada à organização biomédica do cuidado, pode contribuir para a invisibilização do sofrimento espiritual, ainda que este desempenhe papel relevante na elaboração da finitude. Assim, observa-se uma tensão: enquanto o CER constitui recurso significativo para os participantes, sua dimensão permanece frequentemente não explorada no espaço institucional de cuidado.

Esse descompasso reforça a importância de reconhecer que a elaboração da finitude não se restringe à dimensão clínica da doença, mas envolve processos de construção de sentido que ultrapassam a materialidade do corpo. A ausência de espaço para essa dimensão pode limitar a compreensão integral do sofrimento e das estratégias de enfrentamento mobilizadas pelas pessoas em cuidados paliativos.

A partir de uma perspectiva narrativa, Ricoeur (1991) argumenta que a identidade pessoal é continuamente reconstruída por meio da narrativa de si. Quando o espaço clínico restringe-se à dimensão biomédica, pode limitar a possibilidade de elaboração narrativa do sofrimento, reduzindo o reconhecimento da pessoa em sua integralidade.

3.5 Correlação com literatura sobre Cuidados Paliativos e Espiritualidade/Religiosidade em saúde

Os achados do estudo conversam com o panorama de evidências em Doenças Crônicas Não Transmissíveis de alta letalidade – como as cardiopatias e pneumopatias estruturais que caracterizam a amostra estudada. Demonstra-se que as dimensões espirituais/religiosas exercem papel central na manutenção da qualidade de vida e na redução do sofrimento psíquico e físico (Duarte *et al*., 2025). Na fase final de vida, esses achados ganham contornos específicos, como apontam Stephenson e Berry (2015), os atributos da espiritualidade operam ativamente auxiliando na busca por significado, no estabelecimento de conexões profundas – consigo, com o Divino, com o outro e com a natureza – e na transcendência de si, expressa por meio da autoaceitação, da revisão de valores e do amadurecimento antecipatório da existência.

Em outros estudos envolvendo pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e cardiopatias, observa-se que o avanço da restrição física associada à perda funcional da doença crônica avançada tende a intensificar a mobilização de recursos espirituais como estratégia de defesa adaptativa do indivíduo. Em consonância com a literatura, há um considerável predomínio de estratégias de *coping* espiritual/religioso positivo entre pneumopatas com relação a cardiopatas. Tal associação parece ser de origem multifatorial, mas potencialmente atribuída a sintomas diferentes e opções terapêuticas (Nascimento, 2016; Abu *et al*., 2018).

Essa convergência de dados reforça que os achados da presente investigação validam o comportamento adaptativo esperado para doentes crônicos em terminalidade, evidenciando a necessidade de mapear a religiosidade/espiritualidade de forma individualizada de acordo com a especificidade de cada patologia.

A abordagem da religiosidade e espiritualidade na terminalidade ainda enfrenta barreiras históricas e estruturais, frequentemente justificadas pelo receio dos profissionais em violar a autonomia da pessoa enferma ou ultrapassar limites profissionais. Contudo, negligenciar essa dimensão pode privar o indivíduo de um recurso de enfrentamento adaptativo importante (Balboni *et al.,* 2007). Os relatos desta pesquisa demonstram que os pacientes em cuidados paliativos necessitam desse espaço de elaboração, reforçando o papel da equipe de saúde de reconhecer as necessidades espirituais e integrá-las à rotina clínica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa indicam que, para as pessoas participantes deste estudo, o CER constitui elemento central na elaboração da finitude em contexto de cuidados paliativos. Observou-se predominância de estratégias positivas, associadas a discursos de integração existencial, confiança no sagrado e redução do medo da morte. Nesses casos, a experiência do adoecimento foi reinterpretada à luz de uma narrativa de sentido que conferiu coerência à trajetória de vida e à proximidade da morte.

Entretanto, a presença concomitante de CER Negativo em parte da amostra revelou que o enfrentamento da finitude não se configura como processo linear. A ambivalência espiritual, marcada por oscilação entre aceitação e expectativa de reversão do quadro clínico, expressa a complexidade da experiência existencial diante da vulnerabilidade e não deve ser compreendida como falha adaptativa, mas como dimensão dinâmica do processo de elaboração.

Paradoxalmente, embora o CER tenha se mostrado relevante na construção de sentido frente à morte, essa dimensão permaneceu, em grande medida, pouco explorada no contexto clínico, frequentemente delimitado por um modelo centrado na doença e na racionalidade biomédica. Tal invisibilização pode restringir a compreensão integral do sofrimento e das estratégias mobilizadas pelas pessoas em cuidados paliativos.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o número reduzido de participantes, decorrente das especificidades do contexto de Cuidados Paliativos em questão, envolvendo pessoas com doenças incuráveis e avançadas, bem como a homogeneidade relativa quanto ao perfil religioso predominante. Nesta pesquisa, esses pacientes apresentam condição clínica que configura terminalidade, e não necessariamente fase final de vida (últimos dias ou semanas), sendo que dados específicos de sobrevida não foram coletados.

Diante disso, é importante ressaltar que tampouco podemos generalizar o perfil da população estudada a todos os pacientes em acompanhamento nessa especialidade, visto que o estudo representa um recorte focado na valorização dos relatos individuais. Ainda assim, os resultados contribuem para aprofundar a compreensão da qualidade do *coping* espiritual/religioso – positivo, negativo ou ambivalente – como variável relevante na elaboração da visão da finitude.

Ao evidenciar que não é a mera religiosidade declarada, mas a qualidade das estratégias de *coping* mobilizadas que influencia os modos de enfrentamento da morte, este estudo reforça a importância de integrar a dimensão espiritual ao cuidado em saúde,

especialmente em contextos de vulnerabilidade existencial.

Futuras investigações poderão aprofundar a análise da ambivalência espiritual em contextos de fim de vida, explorando longitudinalmente como padrões de CER se transformam ao longo da trajetória de adoecimento. Estudos com maior diversidade religiosa e sociocultural também poderão contribuir para compreender de que modo diferentes matrizes de crença influenciam os processos de construção de sentido diante da finitude. Além disso, pesquisas que integrem a perspectiva de profissionais de saúde podem ampliar a compreensão sobre os desafios e possibilidades de reconhecimento da dimensão espiritual na prática clínica.

REFERÊNCIAS

ABU, Hawa Ozien *et al*. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 27, n. 11, p. 2777-2797, nov. 2018. DOI: https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4.

AZEVEDO, Daniel; DI TOMMASO, Almir (org.). **Vamos falar de cuidados paliativos.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

BALBONI, Tracy Anne *et al*. Religiousness and spiritual support in advanced cancer patients and associations with end-of-life care. **Journal of Clinical Oncology**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 555-560, 2007. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.

CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al*. **Manual da residência de cuidados paliativos:** abordagem multidisciplinar. 2. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 24 maio 2026.

CHERNY, Nathan *et al.* (org.). **Oxford textbook of Palliative Medicine**. 6. ed. Oxford: Oxford University Press, 2021. DOI: https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.001.0001.

DIAS, Ernandes Gonçalves; MISHIMA, Silvana Martins. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. **Revista Sustinere**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 402–411, 2023. DOI: https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.71828.

DUARTE, Rilvane de Carvalho *et al*. Influência de intervenções espirituais nas doenças crônicas não transmissíveis de maior letalidade: revisão de escopo. **Ciência & Saúde**

Coletiva, [s. l.], v. 30, n. 9, e18872023, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232025309.18872023.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes *et al.* Brazilian validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping — SRCOPE-14. **Religions**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 31, jan. 2018. DOI: https://doi.org/10.3390/rel9010031.

EVANGELISTA, Carla Braz *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 3, p. 591-601, maio/jun. 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.20166903241.

EXLINE, Julie Jeanne. Religious and spiritual struggles. *In:* PARGAMENT, Kenneth Ira; EXLINE, Julie Jeanne; JONES, James W. (org.). **APA Handbook of Psychology**, religion, and spirituality. Washington, DC: American Psychological Association, 2013. v. 1, p. 459-475.

EXLINE, Julie Jeanne *et al.* The religious and spiritual struggles scale: development and initial validation. **Psychology of Religion and Spirituality**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 208-222, ago. 2014. DOI: https://doi.org/10.1037/a0036465.

FEIO, Alexandre; OLIVEIRA, Cristine Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, jun. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200018.

GYSELS, Marjolein; EVANS, Catherine; HIGGINSON, Irene J. Patient, caregiver, health professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 12, p. 38, mar. 2013. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-123.

JACKSON, Vicki A. *et al.* The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 16, n. 8, p. 894-900, ago. 2013. DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0547.

LUCCHETTI, Giancarlo; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. **World Journal of Clinical Cases**, [s. l.], v. 9, n. 26, p. 7620-7631, set. 2021. DOI: https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. DOI: https://doi.org/10.21800/2317-66602016000100016.

NASCIMENTO, Francisco Alessandro Braga do. **Enfrentamento religioso-espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica:** estudo comparativo com cardiopatas e indivíduos saudáveis. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/64981. Acesso em: 24 maio 2026.

PALMEIRA, Heloísa Maria; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; PERES, Rodrigo Sanches.

Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179-189, ago./dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt. Acesso em: 24 maio 2026.

PARGAMENT, Kenneth Ira. **Spiritually integrated psychotherapy:** understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press, 2011.

PARGAMENT, Kenneth Ira. **The psychology of religion and coping:** theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, Kenneth Ira; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 56, n. 4, p. 519-543, abr. 2000. DOI: https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4%3C519::aid-jclp6%3E3.0.co;2-1.

PARGAMENT, Kenneth Ira *et al.* Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 710-724, dez. 1998. DOI: https://doi.org/10.2307/1388152.

PUCHALSKI, Christina M. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 12, n. 10, p. 885-904, out. 2009. DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142.

RADBRUCH, Lukas *et al.* Redefining Palliative Care—A new consensus-based definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 60, n. 4, p. 754-764, out. 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

RICOEUR, Paul. **O si-mesmo como um outro**. Campinas: Papirus, 1991.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação,** [s. l.], v. 16, p. e8574, 2021. Disponível em: https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574. Acesso em: 29 set. 2026.

SANTOS, Janyne Carvalho; SENA, Alisson da Silva; ANJOS, Jhonny Martins dos. Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 382-390, abr./jun. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534PT.

STEPHENSON, Pam Shockey; BERRY, Devon M. Describing Spirituality at the End of Life. **Western Journal of Nursing Research**, [s. l.], v. 37, n. 9, p. 1229-1247, set. 2015. DOI: https://doi.org/10.1177/0193945914535509.

TILLICH, Paul. **A coragem de ser**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 349-357,

dez. 2007. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.

Comitê de ética: *Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, processo nº 6.235.153.*

Contribuição na coautoria (CRediT): *Conceitualização: VCAV, MRGE, SZKF. Metodologia: VCAV, SZKF. Investigação: VCAV. Redação – rascunho original: VCAV, MRGE. Redação – revisão e edição: VCAV, MRGE, SZKF, DCN. Supervisão: SZKF, DCN. Administração do projeto: VCAV, SZKF.*

Declaração de uso de Inteligência Artificial: *As coautoras utilizaram o sistema Gemini, Versão 3.1 Pro, para* revisão do texto. *Todo o conteúdo foi revisado e aprovado pelas autoras, que assumem plena responsabilidade pelo conteúdo final do manuscrito.*

Conflito de interesses: *As coautoras declaram não haver.*

Recebido em: *10-03-2026*

Aprovado em: *02-06-2026*

Publicado em: *14-10-2026*

Editor-gerente: *Moisés Sbardelotto*