RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA, RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE / END OF LIFE EXPERIENCES, RELIGIOSITY AND MENTAL HEALTH IN HEALTHCARE PROFESSIONALS / EXPERIENCIAS DE FIN DE VIDA, RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Mariana Jackes Martins (Mariana.jackes@ufu.br)

Gabrielle Alves (gabrielleaayala@gmail.com)

Beatriz Máisa Penaforte França (beatrizzbia@ufu.br)

Luana Araújo Macedo Scalia (Luana.scalia@ufu.br)

INTRODUÇÃO

O cuidado ao paciente em processo de morte constitui um dos domínios mais complexos e humanamente impactantes da prática de enfermagem e das demais profissões da saúde. Em setores como oncologia, terapia intensiva adulto e atenção domiciliar, a proximidade cotidiana com a terminalidade expõe os profissionais a dois fenômenos que, embora articulados, têm sido investigados de forma isolada: as Experiências de Fim de Vida (End-of-Life Experiences, ELEs), observadas nos pacientes, e o impacto dessa exposição sobre a saúde mental dos próprios trabalhadores.

As ELEs são definidas como experiências subjetivas que ocorrem nos dias, semanas ou meses que antecedem o óbito de pacientes com doenças em fase

terminal, incluindo visões de parentes falecidos ou figuras espirituais, sonhos vívidos com temática de despedida, sensação de paz inexplicável, reconciliação familiar, aguardo consciente pela chegada de um ente querido e episódios de lucidez paradoxal, recuperação transitória da consciência em pacientes previamente incomunicáveis. Apesar de consistentemente relatadas em estudos internacionais, as ELEs permanecem subexploradas no Brasil e frequentemente são confundidas com delirium, patologizadas ou silenciadas no ambiente clínico, em parte pela ausência de formação específica nos currículos de enfermagem e medicina.

A literatura internacional têm acumulado evidências de que profissionais em contextos de terminalidade apresentam taxas aumentadas de depressão, ansiedade e estresse em relação à população geral. A religiosidade e a espiritualidade (R/E) têm sido apontadas como recursos potencialmente protetores da saúde mental desses trabalhadores, conferindo sentido ao sofrimento e à morte e fortalecendo a resiliência profissional. Contudo, poucos estudos brasileiros quantificaram essa associação em amostras reais da assistência paliativa, com instrumentos validados aplicados simultaneamente para R/E e saúde mental.

OBJETIVO

Analisar a frequência e as características das ELEs relatadas por profissionais de saúde atuantes em contextos de terminalidade e avaliar a associação entre religiosidade, espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse nessa população.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa, conduzido em hospital universitário de grande porte no interior de Minas Gerais, referência em média e alta complexidade. Foram recrutados por conveniência 88 profissionais de saúde atuantes nas unidades de Oncologia (ambulatório e enfermaria), Terapia Intensiva Adulto (UTI adulto e Unidade Coronariana) e Serviço de Atenção Domiciliar. A amostra incluiu médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Os critérios de inclusão foram: atuação mínima de seis meses no setor e contato direto e regular com pacientes em situação de terminalidade.

Foram excluídos profissionais em licença, férias ou afastamento no período de coleta.

O instrumento foi composto por quatro módulos: dados sociodemográficos e profissionais; questionário de ELEs adaptado transculturalmente para o português brasileiro a partir do instrumento de Fenwick e colaboradores, investigando frequência, tipos, interpretação clínica dos fenômenos e necessidade de capacitação; Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), com três subescalas, religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca; Spirituality Self-Rating Scale (SSRS), que mensura espiritualidade subjetiva independentemente de filiação religiosa; e Depression, Anxiety and Stress Scale-21 itens (DASS-21), com classificação em níveis normal, leve, moderado, grave e muito grave.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 88116625.0.0000.5152), em conformidade com a Resolução CNS n.º 466/2012. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados no IBM SPSS® versão 25.0. A normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, indicando distribuição não paramétrica para a maioria das variáveis contínuas, descritas por mediana e intervalo interquartil (IIQ). As correlações entre R/E e DASS-21 foram estimadas pelo coeficiente de Spearman (?), adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância.

RESULTADOS

Dos 88 participantes, a média de idade foi 37,57 anos (DP ± 8,40); 76,1% eram do sexo feminino. A composição profissional incluiu: 36,4% enfermeiros, 30,7% técnicos e auxiliares de enfermagem, 15,9% médicos e 17,0% outros profissionais. A ampla maioria (90,9%) declarou afiliação religiosa, com predominância de católicos e evangélicos. O tempo mediano de atuação com pacientes terminais foi de aproximadamente nove anos.

Quanto às ELEs, 47,1% dos profissionais (n=41) relataram ter recebido de paciente ou familiar o relato direto de algum fenômeno no leito de morte. Os tipos mais frequentes foram: desejo de reconciliação familiar (60,2%) e visões de parentes falecidos ou figuras espirituais (51,1%). Com menor frequência foram relatados: sensação de paz iminente (34,1%), visão de luz (25,0%) e comunicação com seres espirituais (20,5%). Em relação à interpretação clínica, 75,0% dos profissionais concordaram que as ELEs diferem de alucinações

induzidas por drogas ou febre; 66,0% as interpretaram como experiências transpessoais; e 62,5% as reconheceram como fonte de conforto espiritual para o paciente. O dado mais crítico refere-se à formação: 77,0% (n=68) nunca receberam qualquer capacitação específica sobre ELEs em sua trajetória acadêmica ou profissional, ainda que 67,0% (n=59) manifestassem forte interesse em participar de treinamentos sobre o tema.

Quanto à R/E, 67,0% dos participantes se autodeclararam muito ou moderadamente religiosos. As medianas (IIQ) das subescalas DUREL foram: religiosidade organizacional 4 (2), não organizacional 4 (3) e intrínseca 13 (3). A SSRS apresentou mediana de 25 (8,25), indicando níveis moderadamente elevados de espiritualidade subjetiva. Em relação à DASS-21, a maioria dos participantes encontrava-se em faixa normal: depressão (86,4%), ansiedade (77,3%) e estresse (80,7%). Contudo, sintomas de intensidade moderada a muito grave foram identificados em 10,2% para depressão, 19,3% para ansiedade e 15,9% para estresse, proporções superiores às encontradas em estudos com a população brasileira geral, evidenciando vulnerabilidade emocional significativa nesse grupo ocupacional.

As correlações de Spearman revelaram associações inversas, de magnitude fraca, mas estatisticamente significativas: religiosidade intrínseca e depressão (? = -0,265; p = 0,013); religiosidade intrínseca e ansiedade (? = -0,225; p = 0,035); espiritualidade (SSRS) e depressão (? = -0,221; p = 0,041); religiosidade organizacional e estresse (? = -0,227; p = 0,033). A religiosidade não organizacional não apresentou correlação significativa com nenhum desfecho de saúde mental.

CONCLUSÃO

As ELEs são fenômenos frequentes e amplamente reconhecidos pelos profissionais de saúde como experiências de natureza confortadora e transpessoal, porém a formação específica para seu reconhecimento e manejo permanece praticamente ausente, configurando lacuna crítica que a ciência da implementação em enfermagem deve endereçar com urgência. A religiosidade intrínseca e a espiritualidade exercem efeito protetor modesto, mas estatisticamente mensurável, sobre a saúde mental de profissionais que convivem cotidianamente com a morte, reforçando a pertinência de incorporar a dimensão espiritual às estratégias institucionais de cuidado ao trabalhador. Os resultados apontam para três imperativos práticos: incluir módulos sobre

ELEs nos currículos de graduação, residência e educação permanente, com protocolos de comunicação sensível e critérios de distinção clínica em relação ao delirium; implementar programas de apoio ao trabalhador que reconheçam a espiritualidade como recurso legítimo de enfrentamento, respeitando a diversidade de crenças; e estimular pesquisas multicêntricas e longitudinais que testem intervenções baseadas em evidências para o manejo de ELEs e a promoção da saúde mental em equipes paliativas. Limitações incluem delineamento transversal, amostra por conveniência em único centro e uso de instrumentos autorreferidos.

REFERÊNCIA

SILVA, T.O.; RIBEIRO, H.G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. End-of-life experiences in the dying process: scoping and mixed-methods systematic review. BMJ Support. Palliat. Care, v. 13, n. e3, p. e624-e640, 2024.

SENA, G.; DE LUCA, R. Spirituality and palliative care: international models and new perspectives. Front. Sociology, v. 10, 1523685, 2025.

STOEVELAAR, R. et al. Delirium screening tools validated in the context of palliative care: a systematic review. Eur. J. Cancer Care, v. 31, n. 6, e13658, 2022.

LONG, K.N.H. et al. Spirituality as a determinant of health: emerging policies, practices, and systems. Health Affairs, v. 43, n. 6, p. 783-790, 2024.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) to Brazilian Portuguese. J. Affect. Disord., v. 155, p. 104-109, 2014.

INTRODUCTION

Caring for patients in the dying process constitutes one of the most complex and humanly impactful domains of nursing practice and other healthcare professions. In settings such as oncology, adult intensive care, and home care, the daily proximity to terminality exposes professionals to two phenomena that, although articulated, have been investigated in isolation: End-of-Life

Experiences (ELEs), observed in patients, and the impact of this exposure on the workers' own mental health.

ELEs are defined as subjective experiences occurring in the days, weeks, or months preceding the death of patients with terminal illnesses, including visions of deceased relatives or spiritual figures, vivid dreams with farewell themes, sensations of inexplicable peace, family reconciliation, conscious waiting for a loved one's arrival, and episodes of paradoxical lucidity—transient recovery of awareness in previously unresponsive patients. Despite being consistently reported in international studies, ELEs remain underexplored in Brazil and are often confused with delirium, pathologized, or silenced in the clinical setting, partly due to the lack of specific training in nursing and medical curricula.

International literature has accumulated evidence that professionals in terminality contexts have higher rates of depression, anxiety, and stress compared to the general population. Religiosity and spirituality (R/S) have been identified as potentially protective resources for these workers' mental health, providing meaning to suffering and death and strengthening professional resilience. However, few Brazilian studies have quantified this association in real palliative care samples using validated instruments applied simultaneously for R/S and mental health.

OBJECTIVE

To analyze the frequency and characteristics of ELEs reported by healthcare professionals working in terminality contexts and to assess the association between religiosity, spirituality, and symptoms of depression, anxiety, and stress in this population.

METHOD

A cross-sectional, descriptive-analytical study with a quantitative approach, conducted at a large university hospital in the interior of Minas Gerais, a reference center for medium- and high-complexity care. A convenience sample of 88 healthcare professionals was recruited from the Oncology units (outpatient

clinic and ward), Adult Intensive Care (ICU and Coronary Unit), and Home Care Service. The sample included physicians, nurses, nursing technicians and assistants, physical therapists, psychologists, social workers, and nutritionists. Inclusion criteria were: at least six months of experience in the unit and direct, regular contact with terminally ill patients. Professionals on leave, vacation, or absence during the data collection period were excluded.

The instrument comprised four modules: sociodemographic and professional data; an ELE questionnaire cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese from the Fenwick et al. instrument, investigating frequency, types, clinical interpretation of phenomena, and training needs; the Duke Religiosity Scale (DUREL), with three subscales—organizational, non-organizational, and intrinsic religiosity; the Spirituality Self-Rating Scale (SSRS), which measures subjective spirituality regardless of religious affiliation; and the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 items (DASS-21), with classification into normal, mild, moderate, severe, and extremely severe levels.

The study was approved by the institution's Research Ethics Committee (CAAE: 88116625.0.0000.5152), in compliance with CNS Resolution No. 466/2012. All participants signed an Informed Consent Form. Data were analyzed using IBM SPSS® version 25.0. Normality was verified using the Shapiro-Wilk test, indicating a non-parametric distribution for most continuous variables, described by median and interquartile range (IQR). Correlations between R/S and DASS-21 were estimated using Spearman's coefficient (?), with $p < 0.05$ adopted as the significance level.

RESULTS

Among the 88 participants, the mean age was 37.57 years (SD ± 8.40); 76.1% were female. Professional composition included: 36.4% nurses, 30.7% nursing technicians and assistants, 15.9% physicians, and 17.0% other professionals. The vast majority (90.9%) declared religious affiliation, predominantly Catholics and Evangelicals. The median time working with terminally ill patients was approximately nine years.

Regarding ELEs, 47.1% of professionals (n=41) reported having received direct reports from patients or family members of some phenomenon at the deathbed. The most frequent types were: desire for family reconciliation (60.2%) and visions of deceased relatives or spiritual figures (51.1%). Less frequently reported were: sense of impending peace (34.1%), vision of light (25.0%), and communication with spiritual beings (20.5%). Regarding clinical interpretation, 75.0% of professionals agreed that ELEs differ from drug-induced or fever-induced hallucinations; 66.0% interpreted them as transpersonal experiences; and 62.5% recognized them as a source of spiritual comfort for the patient. The most critical finding concerns training: 77.0% (n=68) had never received any specific training on ELEs throughout their academic or professional careers, although 67.0% (n=59) expressed strong interest in participating in training on the topic.

Regarding R/S, 67.0% of participants self-identified as very or moderately religious. The medians (IQR) for the DUREL subscales were: organizational religiosity 4 (2), non-organizational religiosity 4 (3), and intrinsic religiosity 13 (3). The SSRS presented a median of 25 (8.25), indicating moderately high levels of subjective spirituality. Regarding the DASS-21, most participants were in the normal range: depression (86.4%), anxiety (77.3%), and stress (80.7%). However, symptoms of moderate to extremely severe intensity were identified in 10.2% for depression, 19.3% for anxiety, and 15.9% for stress—proportions higher than those found in studies with the general Brazilian population, evidencing significant emotional vulnerability in this occupational group.

Spearman correlations revealed inverse associations, of weak magnitude but statistically significant: intrinsic religiosity and depression (? = -0.265; p = 0.013); intrinsic religiosity and anxiety (? = -0.225; p = 0.035); spirituality (SSRS) and depression (? = -0.221; p = 0.041); organizational religiosity and stress (? = -0.227; p = 0.033). Non-organizational religiosity showed no significant correlation with any mental health outcome.

CONCLUSION

ELEs are frequent phenomena widely recognized by healthcare professionals as comforting and transpersonal experiences; however, specific training for their

recognition and management remains practically absent, constituting a critical gap that implementation science in nursing must urgently address. Intrinsic religiosity and spirituality exert a modest but statistically measurable protective effect on the mental health of professionals who daily encounter death, reinforcing the relevance of incorporating the spiritual dimension into institutional worker care strategies. The results point to three practical imperatives: include modules on ELEs in undergraduate, residency, and continuing education curricula, with sensitive communication protocols and clinical distinction criteria from delirium; implement worker support programs that recognize spirituality as a legitimate coping resource, respecting the diversity of beliefs; and encourage multicenter and longitudinal studies that test evidence-based interventions for ELE management and mental health promotion in palliative care teams. Limitations include a cross-sectional design, convenience sampling at a single center, and the use of self-reported instruments.

REFERENCES

SILVA, T.O.; RIBEIRO, H.G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. End-of-life experiences in the dying process: scoping and mixed-methods systematic review. BMJ Support. Palliat. Care, v. 13, n. e3, p. e624-e640, 2024.

SENA, G.; DE LUCA, R. Spirituality and palliative care: international models and new perspectives. Front. Sociology, v. 10, 1523685, 2025.

STOEVELAAR, R. et al. Delirium screening tools validated in the context of palliative care: a systematic review. Eur. J. Cancer Care, v. 31, n. 6, e13658, 2022.

LONG, K.N.H. et al. Spirituality as a determinant of health: emerging policies, practices, and systems. Health Affairs, v. 43, n. 6, p. 783-790, 2024.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) to Brazilian Portuguese. J. Affect. Disord., v. 155, p. 104-109, 2014.

Introducción

El cuidado del paciente en proceso de muerte constituye uno de los dominios más complejos y humanamente exigentes de la práctica de enfermería y de las demás profesiones de la salud. En unidades como oncología, cuidados intensivos adultos y atención domiciliaria, la proximidad cotidiana con la terminalidad expone a los profesionales a dos fenómenos que, aunque articulados, han sido investigados de forma separada: las Experiencias de Fin de Vida (EFV), observadas en los pacientes, y el impacto subjetivo de esa exposición sobre la salud mental de los propios trabajadores. Las EFV se definen como experiencias subjetivas que ocurren en los días, semanas o meses previos a la muerte de pacientes con enfermedades terminales, incluyendo visiones de familiares fallecidos o figuras espirituales, sueños vívidos de despedida, sensación de paz inexplicable, reconciliación familiar, espera consciente de un ser querido antes de morir y episodios de lucidez paradójica. A pesar de ser consistentemente reportadas en estudios internacionales, las EFV permanecen subexploradas en Brasil y frecuentemente son confundidas con delirium, patologizadas o silenciadas en el entorno clínico. Paralelamente, la literatura evidencia que los profesionales en contextos de terminalidad presentan tasas aumentadas de depresión, ansiedad y estrés en relación con la población general, y que la religiosidad y la espiritualidad (R/E) pueden actuar como recursos protectores de la salud mental.

Objetivo

Analizar la frecuencia y las características de las EFV relatadas por profesionales de salud que actúan en contextos de terminalidad y evaluar la asociación entre religiosidad, espiritualidad y síntomas de depresión, ansiedad y estrés en esta población.

Método

Estudio transversal, descriptivo-analítico, cuantitativo, realizado en un hospital universitario de gran porte en el interior de Minas Gerais, Brasil. Se reclutaron por conveniencia 88 profesionales de salud de las unidades de Oncología, Cuidados Intensivos Adultos y Servicio de Atención Domiciliaria, incluyendo médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas. Los criterios de inclusión fueron: mínimo seis meses de actuación en el sector y contacto directo y regular con pacientes en situación de terminalidad. Los instrumentos fueron: cuestionario sociodemográfico; cuestionario de EFV adaptado del instrumento de Fenwick et

al.; Escala de Religiosidad de Duke (DUREL); Spirituality Self-Rating Scale (SSRS); y Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 ítems (DASS-21). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 88116625.0.0000.5152). Los datos fueron analizados en IBM SPSS® v. 25.0, con correlación de Spearman (?) y nivel de significancia $p < 0,05$.

Resultados

La edad media fue 37,57 años (DE ± 8,40); 76,1% eran mujeres. La composición profesional incluyó: 36,4% enfermeros, 30,7% técnicos/auxiliares de enfermería, 15,9% médicos y 17,0% otros profesionales. La mayoría (90,9%) declaró afiliación religiosa. El 47,1% reportó haber recibido directamente relatos de fenómenos en el lecho de muerte. Los tipos más frecuentes fueron: deseo de reconciliación familiar (60,2%) y visiones de familiares fallecidos o figuras espirituales (51,1%). El 75,0% concordó en que las EFV difieren de alucinaciones inducidas por drogas o fiebre; el 66,0% las interpretó como experiencias transpersonales; y el 62,5% las reconoció como fuente de confort espiritual. Críticamente, el 77,0% nunca recibió capacitación específica sobre EFV, aunque el 67,0% manifestó fuerte interés en recibirla. Síntomas de intensidad moderada a muy grave fueron identificados en 10,2% para depresión, 19,3% para ansiedad y 15,9% para estrés. Las correlaciones de Spearman revelaron asociaciones inversas significativas: religiosidad intrínseca y depresión (? = -0,265; $p = 0,013$); religiosidad intrínseca y ansiedad (? = -0,225; $p = 0,035$); espiritualidad (SSRS) y depresión (? = -0,221; $p = 0,041$); religiosidad organizacional y estrés (? = -0,227; $p = 0,033$).

Conclusión

Las EFV son fenómenos frecuentes y ampliamente reconocidos por los profesionales de salud como experiencias confortadoras y transpersonales, pero la formación específica para su reconocimiento y manejo permanece prácticamente ausente, configurando una brecha crítica que la ciencia de la implementación en enfermería debe abordar con urgencia. La religiosidad intrínseca y la espiritualidad ejercen un efecto protector modesto pero estadísticamente significativo sobre la salud mental de los profesionales que conviven cotidianamente con la muerte. Los resultados señalan tres imperativos: incluir módulos sobre EFV en los currículos de pregrado, residencia y educación permanente; implementar programas de apoyo al trabajador que reconozcan la espiritualidad como recurso legítimo; y promover investigaciones multicéntricas longitudinales. Las limitaciones incluyen diseño

transversal, muestra por conveniencia en un único centro e instrumentos autorreferidos.

Referencias

Silva TO, Ribeiro HG, Moreira-Almeida A. End-of-life experiences in the dying process. BMJ Support Palliat Care. 2024;13(e3):e624-e640.

Sena G, De Luca R. Spirituality and palliative care. Front Sociology. 2025;10:1523685.

Stoevelaar R et al. Delirium screening tools in palliative care. Eur J Cancer Care. 2022;31(6):e13658.

Long KNH et al. Spirituality as a determinant of health. Health Affairs. 2024;43(6):783-790.

Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the DASS-21 to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. 2014;155:104-109.

Financiamiento: agradecemos al CNPq por el apoyo y el incentivo a esta investigación.

Palavras-chave: cuidados paliativos; espiritualidade; religiosidade; saúde mental; enfermagem end-of-life experiences; palliative care; religiosity; mental health; nursing experiencias de fin de vida; cuidados paliativos; religiosidad; salud mental; enfermería.