

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA- FAMED

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELLE ALVES AYALA

PERCEPÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
TRANSVERSAL COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

UBERLÂNDIA- MG

2026

GABRIELLE ALVES AYALA

PERCEPÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
TRANSVERSAL COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem

Área de concentração: Ciências da Saúde
(Enfermagem).

Orientadora: Profa. Dra. Luana Araújo
Macedo Scalia

UBERLÂNDIA- MG
2026

GABRIELLE ALVES AYALA

PERCEPÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS DE FIM DE VIDA E SUA ASSOCIAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
TRANSVERSAL COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Uberlândia, 22 de Julho de 2026.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia (FAMED-UFU)

Profa. Dra. Suely Amorim de Araújo (FAMED- UFU)

Enf. Hyster Martis Ferreira – Mestre (HC-UFU)

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho representa muito mais do que a conclusão de uma etapa: representa todo o esforço, dedicação, sonhos, desafios e experiências que essa caminhada me trouxe.

Agradeço primeiramente a Deus, Aquele que me conhece mais que qualquer pessoa, que me concedeu força, sabedoria, resiliência e luz para trilhar meu caminho em todos esses anos, e assim, seguir mesmo diante dos obstáculos.

Agradeço aos meus pais, que desde sempre investiram na minha educação, confiaram e torceram por mim, e fizeram o possível e impossível para que um dia eu escrevesse esse Trabalho de Conclusão de Curso, vindo de uma universidade pública. Saibam que reconheço e sou muito grata por tudo que fizeram à favor do meu ensino e do meu crescimento pessoal e profissional. Cada conquista antes de ser minha, é de vocês, pois graças à vocês estou concluindo essa etapa tão importante na minha vida.

Aos amigos e pessoas tão especiais que estiveram do meu lado, sempre me apoiando, mesmo quando estive ausente, mesmo com a minha rotina, nunca soltaram a minha mão, e foram meu braço direito, meu apoio e incentivo. Sou eternamente grata por Deus ter colocado pessoas tão generosas no meu caminho.

Aos envolvidos direta e indiretamente na construção dessa pesquisa e de alguma forma, no desenvolvimento deste trabalho, obrigada pela ajuda e por dividirem essa caminhada comigo, a contribuição de vocês foi essencial para esse processo. Em especial à minha amiga Beatriz Máisa Penaforte França, que caminhou comigo durante todo esse tempo e foi minha parceira na graduação, estágio, pesquisa e tornou tudo mais leve.

Agradeço aos meus professores e preceptores de estágio que contribuíram para minha formação. Carrego muito respeito e admiração por vocês, que me ensinaram além de técnicas e procedimentos, me ensinaram que ser enfermeira é acolher, escutar, ensinar e estar presente. Em especial à minha orientadora Luana Scalia, que me incentivou a desenvolver essa pesquisa em que me encantei, e em todos os dias fiz com propósito e amor, foi um privilégio aprender e me inspirar em você, que esteve presente com toda sua sabedoria e sensibilidade.

RESUMO

Introdução: As Experiências de Fim de Vida ou End of Life Experiences (ELEs) são fenômenos observados durante o processo de morrer e frequentemente relatados por profissionais que atuam junto a pacientes em terminalidade. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as percepções sobre ELEs e sua associação com religiosidade, espiritualidade e saúde mental em profissionais da saúde de um hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 113 profissionais de saúde. Foram utilizados questionários sociodemográficos e profissionais, o End-of-Life Experiences Questionnaire, a Duke University Religion Index (DUREL), a Spirituality Self Rating Scale (SSRS) e a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). **Resultados:** Observou-se elevada frequência de relatos de ELEs, especialmente entre profissionais com maior exposição ao cuidado de pacientes em fim de vida. Os participantes que relataram ELEs apresentaram maior concordância com interpretações espirituais desses fenômenos e sua associação a uma morte mais tranquila. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto aos níveis de religiosidade, espiritualidade ou indicadores de saúde mental. **Conclusão:** Conclui-se que as ELEs são frequentemente observadas na prática assistencial e não se associaram a piores indicadores de saúde mental. Os achados reforçam a importância de ampliar a discussão sobre espiritualidade e experiências de fim de vida na formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Experiências de fim de vida; Espiritualidade; Religiosidade; Saúde mental; Profissionais da saúde; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: The End-of-Life Experiences (ELEs) are phenomena observed during the dying process and are frequently reported by healthcare professionals working with terminally ill patients. **Objective:** This study aimed to analyze perceptions of ELEs and their association with religiosity, spirituality, and mental health among healthcare professionals at a university hospital. **Method:** This was a cross-sectional quantitative study involving 113 healthcare professionals. Data were collected using sociodemographic and professional questionnaires, the End-of-Life Experiences Questionnaire, the Duke University Religion Index (DUREL), the Spirituality Self Rating Scale (SSRS), and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). **Results:** A high frequency of ELE reports was observed, particularly among professionals with greater exposure to end-of-life care. Participants who reported ELEs showed greater agreement with spiritual interpretations of these phenomena and their association with a peaceful death. No significant differences were found between groups regarding levels of religiosity, spirituality, or mental health indicators. **Conclusion:** It was concluded that ELEs are frequently observed in clinical practice and were not associated with poorer mental health outcomes. These findings highlight the importance of expanding discussions on spirituality and end-of-life experiences in the education and training of healthcare professionals.

Keywords: End-of-life experiences; Spirituality; Religiosity; Mental health; Healthcare professionals; Palliative care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica, profissional e ocupacional dos participantes.....	14
Tabela 2	Medidas descritivas dos escores de religiosidade, espiritualidade e saúde mental dos participantes.....	15
Tabela 3	Classificação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse segundo o DASS-21.....	16
Tabela 4	Correlação de Spearman entre os domínios de religiosidade, espiritualidade e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21).....	16
Tabela 5	Comparação das características ocupacionais, religiosidade, espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse segundo o relato de Experiências de Fim de Vida (ELEs).....	17
Tabela 6	Percepções sobre as experiências de fim de vida segundo o relato prévio de Experiências de Fim de Vida (ELEs).....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 METODOLOGIA.....	11
2.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO.....	11
2.2 AMOSTRA E COLETA DE DADOS.....	11
2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	12
2.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	13
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	13
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	13
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	19
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	26

1 INTRODUÇÃO

A morte e o processo de morrer constituem experiências inerentes à prática dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que atuam em setores voltados à assistência de pacientes em condições de terminalidade, cuidados paliativos ou doenças graves. A exposição frequente ao sofrimento humano, à morte e ao luto pode gerar impactos significativos sobre seu bem-estar, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse, além de influenciar suas percepções sobre o cuidado prestado (Monteiro; Mendes; Beck, 2019). Nesse contexto, a saúde mental desses trabalhadores tem recebido crescente atenção em virtude das elevadas demandas emocionais, físicas e psicológicas presentes no exercício profissional (Silva et al., 2025).

Além das repercussões emocionais associadas ao cuidado em fim de vida, esses profissionais também podem presenciar fenômenos relacionados ao processo de morrer. Esses fenômenos são denominados Experiências de Fim de Vida (End-of-Life Experiences – ELEs) e envolvem aspectos do processo de morte e do cuidado de pacientes em fase terminal (Fenwick; Brayne, 2011). Diversos estudos indicam que tais episódios são frequentemente vivenciados por profissionais da saúde. Entretanto, embora sejam relatados na prática clínica, ainda permanecem pouco compreendidos e insuficientemente investigados do ponto de vista científico. (Kerr et al., 2014; Lawrence; Repede, 2013).

Algumas ELEs observadas no período que antecede a morte são relatadas por familiares e profissionais da saúde e podem envolver percepções subjetivas dos pacientes, como visões, sonhos significativos, sensação de transcendência, percepção da presença de familiares falecidos, lucidez terminal ou outros eventos considerados incomuns (Silva; Ribeiro; Moreira-Almeida, 2023). Embora existam diferentes interpretações para essas ocorrências, que variam desde explicações neurobiológicas e psicológicas até perspectivas espirituais e transcendentais, elas podem suscitar reflexões sobre aspectos existenciais, éticos e espirituais, influenciando tanto a percepção do cuidado prestado quanto a própria compreensão da morte (Santos et al., 2017).

Apesar de muitos profissionais já terem presenciado tais eventos, nem sempre se sentem preparados para lidar com eles ou interpretá-los em sua prática assistencial (FENWICK et al., 2010). A forma como esses profissionais compreendem as ELEs pode estar associada a crenças pessoais, contexto cultural, experiências prévias, religiosidade, espiritualidade e condições de saúde mental (Broadhurst; Harrington, 2016). Nesse contexto, investigar essas experiências sob

a perspectiva da equipe de saúde torna-se relevante para compreender não apenas a frequência com que ocorrem, mas também suas percepções, reações e possíveis influências na prática clínica.

As ELEs têm sido estudadas predominantemente sob a perspectiva dos pacientes e familiares, enquanto a visão dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado permanece pouco explorada, especialmente no contexto hospitalar brasileiro. Compreender como esses indivíduos interpretam e são afetados por tais experiências pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias assistenciais mais humanizadas, bem como para a valorização e o suporte emocional daqueles que convivem frequentemente com o sofrimento e a morte. Evidências sugerem que tais fenômenos podem desempenhar papel relevante no processo de terminalidade e na construção do cuidado integral do paciente (Kelly et al., 2021).

Considerando esse contexto, a religiosidade e a espiritualidade podem exercer papel importante tanto na interpretação das ELEs quanto no enfrentamento das demandas emocionais associadas ao cuidado em terminalidade (Luchetti et al., 2010). A religião é um sistema organizado de crenças, rituais e práticas voltados ao sagrado ou transcendente. A religiosidade corresponde ao grau de envolvimento do indivíduo com uma religião, e ocorre por meio da participação em instituições religiosas (organizacional) ou de práticas individuais (não organizacional), como orações e leitura de textos sagrados. Já a espiritualidade é a busca pessoal por sentido e conexão com o sagrado ou transcendente, podendo existir de forma independente da prática religiosa (Koenig et al., 2012).

Embora distintos, esses conceitos estão relacionados à construção de sentido, ao suporte emocional e têm sido reconhecidos como importantes recursos protetores diante de situações adversas (Kormaz et al., 2025). Estudos demonstram que crenças espirituais e práticas religiosas podem favorecer a resiliência, auxiliar no manejo do sofrimento e contribuir para melhores indicadores de saúde mental (Luchetti et al., 2010). Entre profissionais de saúde expostos a situações complexas relacionadas à morte, esses recursos podem contribuir para reflexões sobre o cuidado prestado, o enfrentamento do sofrimento e o preparo emocional para lidar com a morte (Cunha et al., 2022).

Dessa forma, compreender as relações entre religiosidade, espiritualidade, saúde mental e percepções sobre experiências de fim de vida torna-se relevante para ampliar o conhecimento acerca dos fatores que influenciam o bem-estar dos profissionais da saúde. Esses achados podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de apoio emocional e promoção da saúde mental, favorecendo uma assistência mais humanizada e integral aos pacientes e seus familiares (Park; Lee; Park, 2020).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as percepções sobre experiências de fim de vida e sua associação com religiosidade, espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde atuantes em setores assistenciais de terminalidade de um hospital universitário.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo e Local do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, conduzido conforme as recomendações do checklist STROBE para estudos observacionais (VON ELM et al., 2007).

O estudo foi realizado em setores assistenciais de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, Brasil, que prestam assistência a pacientes em condições graves, em cuidados paliativos ou em processo de terminalidade. A coleta foi conduzida nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana (UTIs), Setores de Oncologia do Hospital de Câncer, incluindo ambulatório e enfermaria, no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Clínica Médica. Os ambientes foram criteriosamente selecionados por concentrarem os maiores fluxos de pacientes em cuidados paliativos e em processo de terminalidade, configurando-se como cenários apropriados para a investigação dos fenômenos em estudo.

2.2 Amostra e Coleta de dados

Foram incluídos profissionais da área da saúde de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, em exercício no hospital, atuando especificamente nos setores escolhidos e que tenham contato direto com pacientes em situação de fim de vida em sua prática profissional. Foram excluídos profissionais com idade inferior a 18 anos, bem como aqueles que não estavam em exercício no momento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade dos profissionais e a viabilidade de coleta no período do estudo (01/07/2025 a 28/02/2026). A amostra de conveniência foi composta por 112 participantes, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros. Dos questionários coletados, foram incluídos nas análises aqueles com dados válidos para as variáveis principais, com perdas pontuais por ausência de respostas em algumas variáveis.

2.3 Instrumentos de Coleta de dados

A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário estruturado impresso, autopreenchível, com duração estimada entre 20 a 25 minutos, com perguntas fechadas e escalas validadas, com o objetivo de avaliar e correlacionar os fenômenos observados.

Foi aplicado instrumento de dados sociodemográficos e profissionais, incluindo idade, sexo, profissão, setor de atuação, escolaridade, estado civil, cor da pele, renda familiar, afiliação religiosa, tempo de experiência com pacientes em terminalidade, número estimado de pacientes acompanhados em fim de vida, número de pacientes acompanhados nas últimas 24 a 48 horas de vida e número de vezes em que o profissional esteve presente no momento da morte.

As experiências de fim de vida foram avaliadas com base no instrumento *End-of-life Experiences Questionnaire*, proposto por Fenwick et al. (2010), adaptado ao contexto brasileiro por Santos et al. (2017). Foram investigadas percepções e relatos relacionados a fenômenos observados no processo de morte, como visões de pessoas falecidas, sonhos ou experiências significativas, sensação de paz, experiências transpessoais ou transcendentais, interpretação espiritual, impacto no cuidado e preparo profissional para lidar com essas situações. As questões referentes às percepções foram avaliadas por meio de escala Likert de cinco pontos, que foram recategorizadas em três grupos (concordo/concordo totalmente, neutro e discordo/discordo totalmente) para as análises comparativas.

A religiosidade foi avaliada por meio da *Duke University Religion Index* (DUREL) (Koenig; Parkerson Junior; Meador, 1997), em sua versão em português brasileiro, traduzida por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada para a população brasileira por Taunay et al. (2012). O instrumento mensura três dimensões: religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca. A espiritualidade foi avaliada por meio da *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) (Galanter et al., 2007), instrumento adaptado para o português brasileiro por Gonçalves e Pillon (2009), composto por seis itens em escala Likert que avaliam a importância da espiritualidade na vida do indivíduo.

A saúde mental foi avaliada pela *Depression, Anxiety and Stress Scale*, versão reduzida de 21 itens (DASS-21) (Lovibond; Lovibond, 1995), adaptada e validada por Vignola e Tucci (2014), utilizada para rastreamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

2.4 Variáveis do estudo

As principais variáveis analisadas foram: relato de experiências de fim de vida, percepções sobre essas experiências, dimensões de religiosidade, escore de espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Também foram avaliadas variáveis

sociodemográficas, profissionais e de exposição ocupacional ao cuidado de pacientes em terminalidade.

Para as análises comparativas, os participantes foram agrupados conforme o relato de experiências de fim de vida, considerando-se os grupos “reportou ELEs” e “não reportou ELEs”. As variáveis de religiosidade, espiritualidade, saúde mental e exposição ocupacional foram comparadas entre esses grupos.

2.5 Análise de Dados

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel®, com dupla digitação independente e posterior conferência para identificação e correção de inconsistências. Após a consolidação do banco de dados, as análises foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics®, versão 30.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão e/ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição dos dados. Para a comparação de variáveis categóricas entre profissionais que relataram ou não experiências de fim de vida, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme adequação dos pressupostos. Para comparação de variáveis quantitativas ou ordinais entre dois grupos independentes, foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

As correlações entre os escores de religiosidade, espiritualidade e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Em todas as análises, foi adotado nível de significância de 5%.

2.6 Aspectos Éticos

O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A confidencialidade dos dados foi assegurada, e os resultados utilizados exclusivamente para fins científicos e acadêmicos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CAAE:88116625.0.0000.5152).

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 112 profissionais de saúde, com mediana de 38 anos de idade (IIQ=12), variando entre 23 e 59 anos. A mediana da renda familiar foi de cinco salários mínimos (IIQ=5). Predominaram técnicos de enfermagem (N=40; 35,7%), do sexo feminino (N=84; 75%), com pós graduação (N=83; 74,1%), de cor branca (N=68; 60,7%), com companheiro(a) (N=63; 56,8%) e afiliação religiosa católica (N=47; 42%). Em relação ao setor de atuação, a maior parte trabalhava nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana (N=36; 35%). A mediana do tempo de atuação com pacientes em terminalidade foi de nove anos (IIQ=12). Os participantes relataram acompanhar mediana de 20 pacientes em final de vida (IIQ=40), 14 pacientes nas últimas 24–48 horas de vida (IIQ=25) e estar presentes no momento da morte de cinco pacientes (IIQ=13). A caracterização detalhada da amostra é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica, profissional e ocupacional dos participantes (N=112)

Variável	Categoria/medida	n (%) ou mediana (IIQ)
Profissão	Médico	17 (15,2%)
	Enfermeiro	38 (33,9%)
	Técnico de Enfermagem	40 (35,7%)
	Outros	17 (15,2%)
	Total	112 (100%)
Sexo	Masculino	28 (25%)
	Feminino	84 (75%)
	Total	112 (100%)
Setor	UTI	36 (35%)
	SAD	22 (21,4%)
	Clínica Médica	14 (13,6%)
	Oncologia	31 (30,1%)
	Total	103 (100%)
Afiliação religiosa	Católico	47 (42%)
	Evangélico	31 (27,7%)
	Espírita	15 (13,4%)
	Outros	5 (4,4%)
	Nenhum	14 (12,5%)
	Total	112 (100%)
Escolaridade	Ensino Técnico	9 (8%)
	Ensino Superior	20 (17,9%)
	Pós-graduação	83 (74,1%)
	Total	112 (100%)
Estado civil	Sem companheiro	48 (43,2%)
	Com companheiro	63 (56,8%)
	Total	111 (100%)

Variável	Categoria/medida	n (%) ou mediana (IIQ)
Cor da pele	Branco	68 (60,7%)
	Não brancos	44 (39,3%)
	Total	112 (100%)
Idade (anos)	Mediana (IIQ)	38 (12)
Renda familiar	Mediana (IIQ)	5 (5)
Anos trabalhando com pacientes terminais	Mediana (IIQ)	9 (12)
Nº de pacientes em final de vida	Mediana (IIQ)	20 (40)
Nº de pacientes nas últimas 24–48h	Mediana (IIQ)	14 (25)
Nº de vezes no momento da morte	Mediana (IIQ)	5 (13)

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: Os totais podem variar devido à ausência de respostas em algumas variáveis. IIQ = intervalo interquartil.

A Tabela 2 apresenta os escores de religiosidade, espiritualidade e saúde mental da amostra estudada. Observou-se mediana de 4,0 (IIQ=2) para religiosidade organizacional, 5,0 (IIQ=3) para religiosidade não organizacional e 13,0 (IIQ=3) para religiosidade intrínseca. A espiritualidade apresentou mediana de 24,0 pontos (IIQ=7). Em relação à saúde mental, a ansiedade apresentou os maiores escores entre os domínios da DASS-21, seguida pelos sintomas de depressão e estresse. Os valores descritivos completos encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Medidas descritivas dos escores de religiosidade, espiritualidade e saúde mental dos participantes (N=112)

Escala/desfecho	Média (DP)	Mediana (IIQ)	Mínimo–Máximo
Religiosidade organizacional	3,68 (1,52)	4,00 (2)	1–6
Religiosidade não organizacional	3,92 (1,72)	5,00 (3)	1–6
Religiosidade intrínseca	12,37 (3,21)	13,00 (3)	3–15
Espiritualidade	23,55 (5,40)	24,00 (7)	7–30
DASS-21 depressão	5,03 (6,58)	4,00 (8)	0–34
DASS-21 ansiedade	9,61 (9,17)	8,00 (10,5)	0–40
DASS-21 estresse	5,01 (7,14)	2,00 (8)	0–36

Fonte: Dados da pesquisa, 2026. Nota: DP = Desvio-Padrão; IIQ = Intervalo Interquartil.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes segundo a classificação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse avaliados pelo DASS-21. Observou-se predominância da classificação normal/leve para depressão (86,6%) e estresse (90,2%). Em

relação à ansiedade, aproximadamente metade dos participantes (49,1%) foi classificada como normal/leve, enquanto 39,4% apresentaram sintomas moderados, graves ou muito graves, indicando maior frequência de sintomas ansiosos quando comparados aos demais domínios da escala.

Tabela 3- Classificação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse segundo o DASS-21 (N=112).

Classificação	Depressão N (%)	Ansiedade N (%)	Estresse N (%)
Normal	97 (86,6)	55 (49,1)	101 (90,2)
Mínimo	7 (6,3)	13 (11,6)	5 (4,5)
Moderado	3 (2,7)	21 (18,8)	4 (3,6)
Grave	2 (1,8)	7 (6,3)	1 (0,9)
Muito grave	3 (2,7)	16 (14,3)	1 (0,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2026

A Tabela 4 apresenta as correlações de Spearman entre os domínios de religiosidade, espiritualidade e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse avaliados pelo DASS-21. Foram observadas correlações negativas e estatisticamente significativas entre todas as dimensões de religiosidade e espiritualidade e os sintomas de depressão (ρ variando de -0,211 a -0,245; $p < 0,05$). Para ansiedade e estresse, embora todas as correlações também tenham apresentado direção negativa, nenhuma alcançou significância estatística ($p > 0,05$).

Tabela 4- Correlação de Spearman entre os domínios de religiosidade, espiritualidade e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) (N=112).

Variável R/E	DASS depressão ρ (p)	DASS ansiedade ρ (p)	DASS estresse ρ (p)
Religiosidade organizacional	-0,237 (0,012)	-0,135 (0,157)	-0,144 (0,130)
Religiosidade não organizacional	-0,229 (0,015)	-0,139 (0,144)	-0,020 (0,838)
Religiosidade intrínseca	-0,245 (0,009)	-0,168 (0,076)	-0,159 (0,094)
Espiritualidade	-0,211 (0,027)	-0,098 (0,310)	-0,027 (0,783)

Fonte: Dados da pesquisa, 2026. Nota: ρ = coeficiente de Spearman;

A Tabela 5 apresenta a comparação das características ocupacionais, religiosidade, espiritualidade e saúde mental entre os profissionais que relataram Experiências de Fim de Vida (ELEs) e aqueles que não relataram tais experiências. Os participantes que reportaram ELEs apresentaram maior número de pacientes em final de vida sob seus cuidados (mediana=30;

IIQ=50 vs. 20; IIQ=20; $p=0,032$) e maior número de pacientes acompanhados nas últimas 24–48 horas de vida (mediana=20; IIQ=42 vs. 10; IIQ=16; $p=0,005$), quando comparados ao grupo que não relatou ELEs. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos anos de atuação com pacientes em terminalidade, religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional, religiosidade intrínseca, espiritualidade ou sintomas de depressão, ansiedade e estresse ($p>0,05$).

Tabela 5- Comparação das características ocupacionais, religiosidade, espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse segundo o relato de Experiências de Fim de Vida (ELEs) (N=112)

Variáveis	Reportou ELE (N=58) <i>Mediana (IIQ)</i>	Não reportou ELE (N=54) <i>Mediana (IIQ)</i>	Estatística do teste	p
Anos trabalhando com pacientes terminais	10,00 (14)	8,00 (9)	U=1292; Z=-1,60	0,109
Nº de pacientes em final de vida	30,00 (50)	20,00 (20)	U=1177; Z=-2,14	0,032
Nº de pacientes nas últimas 24–48h	20,00 (42)	10,00 (16)	U=1059; Z=-2,83	0,005
Religiosidade organizacional	3,00 (2)	3,00 (3)	U=1512; Z=-0,16	0,871
Religiosidade não organizacional	4,00 (3)	4,00 (3)	U=1428,5; Z=-0,67	0,502
Religiosidade intrínseca	13,00 (3,5)	13,00 (3)	U=1527; Z=-0,07	0,942
Espiritualidade	23,00 (6,5)	24,00 (9)	U=1489; Z=0,02	0,981
DASS-21 depressão	4,00 (7)	4,00 (8)	U=1649; Z=0,66	0,506
DASS-21 ansiedade	6,00 (10)	10,00 (13)	U=1776; Z=1,40	0,160
DASS-21 estresse	2,00 (8)	4,00 (10)	U=1490; Z=-0,30	0,764

Fonte: Dados da pesquisa, 2026. IIQ = Intervalo Interquartil.

A Tabela 6 apresenta a comparação das características ocupacionais, religiosidade, espiritualidade e saúde mental entre os profissionais que relataram Experiências de Fim de Vida (ELEs) e aqueles que não relataram tais experiências. Dos 112 participantes que responderam a essa questão, 58 (51,8%) relataram já ter presenciado ou recebido relatos de pacientes e/ou familiares sobre pelo menos uma Experiência de Fim de Vida, enquanto 54 (48,2%) não relataram esse tipo de experiência.

Os participantes que reportaram ELEs concordaram com maior frequência que esses fenômenos representam eventos profundamente espirituais (70,7% vs. 49,1%; $p=0,028$), estão associados a uma morte mais tranquila e pacífica (42,1% vs. 16,7%; $p=0,012$) e ocorrem, predominantemente, nas últimas 24–48 horas de vida (63,2% vs. 33,3%; $p<0,001$). Além disso, relataram sentir-se mais capazes de conversar sobre essas experiências com a equipe, mesmo sem treinamento especializado prévio (49,1% vs. 29,6%; $p=0,038$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para as demais percepções avaliadas ($p>0,05$).

Tabela 6- Percepções sobre as experiências de fim de vida segundo o relato prévio de Experiências de Fim de Vida (ELEs) (N=113)

Item	Reportou ELE (n=58)	Não Reportou ELE (n=54)	Total	Estatística do teste	p
Experiência transpessoal/transcendental	40 (69,0%)	32 (60,4%)	72 (64,9%)	$\chi^2=1,198$	0,529
Apenas coincidência	7 (12,1%)	3 (5,8%)	10 (9,1%)	$\chi^2=1,648$	0,452
Eventos profundamente espirituais	41 (70,7%)	26 (49,1%)	67 (60,4%)	$\chi^2=7,207$	0,028
Constructo psicológico/revisão de vida	29 (50,0%)	30 (56,6%)	59 (53,2%)	$\chi^2=0,831$	0,670
Pouca significância/alterações químicas cerebrais	8 (13,8%)	4 (7,5%)	12 (10,8%)	$\chi^2=1,713$	0,460
Somente imaginação	5 (8,6%)	6 (11,3%)	11 (9,9%)	$\chi^2=0,375$	0,830
Alucinações induzidas por medicamentos/febre	9 (15,5%)	11 (20,8%)	20 (18,0%)	$\chi^2=1,612$	0,472
Expressão de inquietação psicológica/sofrimento	18 (31,0%)	18 (34,0%)	36 (32,4%)	$\chi^2=0,385$	0,814
Fonte de conforto espiritual para o paciente	39 (68,4%)	26 (48,1%)	65 (58,6%)	$\chi^2=5,994$	0,051

Item	Reportou ELE (n=58)	Não Reportou ELE (n=54)	Total	Estatística do teste	p
Fonte de conforto espiritual para os familiares	30 (52,6%)	21 (38,9%)	51 (45,9%)	$\chi^2=4,416$	0,106
Pacientes relutam em falar sobre o fenômeno	20 (35,1%)	17 (31,5%)	37 (33,3%)	$\chi^2=1,551$	0,492
Associa-se a morte mais tranquila e pacífica	24 (42,1%)	9 (16,7%)	33 (29,7%)	$\chi^2=8,731$	0,012
Pode ser estressante, mas com significado para resolver questões	27 (47,4%)	20 (37,0%)	47 (42,3%)	$\chi^2=1,989$	0,368
A maioria vivencia nos últimos meses	19 (33,3%)	10 (18,5%)	29 (26,1%)	$\chi^2=3,221$	0,203
Normalmente ocorre nas últimas 24–48h	36 (63,2%)	18 (33,3%)	54 (48,6%)	$\chi^2=18,760$	<0,001
Recebi educação especializada sobre o tema	8 (14,0%)	4 (7,4%)	12 (10,8%)	$\chi^2=1,361$	0,545
Consigo falar com a equipe apesar de não ter educação especializada	28 (49,1%)	16 (29,6%)	44 (39,6%)	$\chi^2=6,600$	0,038
Tenho dificuldade em falar com pacientes pela falta de educação	23 (40,4%)	26 (48,1%)	49 (44,1%)	$\chi^2=2,434$	0,303
Sou capaz de falar com supervisor	32 (56,1%)	21 (38,9%)	53 (47,7%)	$\chi^2=3,421$	0,189
Nunca discuti com colegas	12 (21,1%)	18 (33,3%)	30 (27,0%)	$\chi^2=3,950$	0,139
Gostaria de mais informações/treinamento	37 (64,9%)	34 (63,0%)	71 (64,0%)	$\chi^2=0,171$	0,958

Fonte: Dados da pesquisa, 2026. **Nota:** Os itens foram recategorizados em três grupos (concordo/concordo totalmente, neutro e discordo/discordo totalmente). Os percentuais apresentados na tabela correspondem aos participantes classificados na categoria concordo/concordo totalmente. χ^2 = qui-quadrado de Pearson.

4 DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde que atuam em setores de terminalidade convivem rotineiramente com o sofrimento, a morte e o processo de morrer, o que os expõe tanto às demandas emocionais inerentes ao cuidado quanto a fenômenos relacionados ao fim da vida. Nesse contexto, o presente estudo buscou compreender como esses profissionais percebem as Experiências de Fim de Vida e se tais percepções se associam à religiosidade, espiritualidade e à saúde mental. Os resultados evidenciaram elevada frequência de relatos de ELEs entre os participantes, além de diferenças na forma como esses fenômenos são interpretados, e permitiram compreender como esses fenômenos são percebidos pelos profissionais e de que forma se relacionam com aspectos da religiosidade, espiritualidade e saúde mental.

A elevada frequência de relatos de ELEs entre os participantes, bem como sua associação com maior exposição ao cuidado de pacientes em fim de vida, era esperada, uma vez que o contato contínuo com pacientes em terminalidade amplia a oportunidade de observação desses fenômenos durante a prática clínica (Dalcomo et al., 2025). De acordo com os resultados, os profissionais que acompanharam maior número de pacientes em fim de vida, especialmente nas últimas 24 a 48 horas, relataram ELEs com maior frequência. Além disso, a atuação contínua nesse contexto pode favorecer maior sensibilidade para reconhecer tais experiências durante a prática assistencial. Esse achado é compatível com Fenwick et al. (2010) e Kerr et al. (2014), que relatam que profissionais de cuidados paliativos frequentemente testemunham essas experiências.

Observou-se, ainda, que os participantes que vivenciaram Experiências de Fim de Vida interpretaram esses eventos mais frequentemente como fenômenos espirituais. Esse resultado sugere que a vivência direta dessas experiências pode influenciar a maneira como os profissionais as interpretam, favorecendo compreensões menos reducionistas e mais abertas às dimensões subjetivas e espirituais do processo de morrer. Esse achado pode ser comparado aos estudos de Fenwick e Brayne (2011) e Broadhurst e Harrington (2016), que discutem como as ELEs podem ser compreendidas a partir de dimensões subjetivas e espirituais, visto que foram identificados aspectos por parte dos profissionais relacionados à conforto espiritual, morte tranquila, transformação espiritual e questões inacabadas.

Por outro lado, os resultados sugerem que a ocorrência ou o relato das ELEs não dependeram diretamente do nível de religiosidade ou espiritualidade dos profissionais, uma vez que esses fenômenos foram observados por participantes com diferentes sistemas de crenças.

As ELEs sugerem sofrer pouca influência das crenças religiosas ou espirituais dos observadores, o que leva à ideia de que são eventos naturais à vida e vivência humana, e o que varia não é necessariamente a ocorrência das ELEs, mas a interpretação atribuída a esses fenômenos (Santos et al., 2017).

Nesse mesmo sentido, a elevada concordância dos participantes quanto ao potencial de conforto das ELEs e sua associação com uma morte mais tranquila e pacífica é abordada em estudos recentes, que descrevem esses fenômenos como eventos capazes de promover significado, conexão e tranquilidade diante da morte (Fenwick; Brayne, 2011). O estudo de Silva, Ribeiro e Moreira-Almeida (2023) também aponta que as ELEs nem sempre são interpretadas de maneira negativa pelos envolvidos. Pelo contrário, podem ser compreendidas de forma neutra ou positiva, principalmente quando associadas a sentimentos de conforto e vínculo. Esses achados reforçam que as ELEs podem integrar o processo de morte sem representar um fator adicional de sofrimento para profissionais, pacientes ou familiares (Rabitti et al., 2024).

A percepção de que as ELEs ocorrem principalmente nas últimas 24 a 48 horas de vida também se mostra alinhada à literatura, uma vez que estudos como o de Kerr et al. (2014) observaram maior frequência de sonhos, visões de fim de vida e fenômenos semelhantes à medida que os pacientes se aproximavam da morte. A opinião dos profissionais de que conseguem conversar com a equipe sobre essas experiências, mesmo sem treinamento formal, sugere que a vivência prática pode aumentar a confiança para lidar com o tema, possivelmente porque o contato frequente com pacientes em fim de vida favorece maior familiaridade com essas situações (Hession et al., 2024). Entretanto, sentir-se capaz de conversar sobre o assunto não significa, necessariamente, estar adequadamente preparado, e a familiaridade adquirida pela experiência prática não substitui a necessidade de capacitação formal (Dalcomo et al., 2025). Embora os participantes tenham relatado confiança para discutir o tema com a equipe, a baixa frequência ou ausência de treinamento sugere que esse conhecimento é predominantemente empírico (Costeira et al., 2024).

Sendo assim, o fato de poucos participantes terem recebido capacitação específica evidencia uma lacuna educacional importante. Mesmo sem diferença significativa entre os grupos, mais de 60% da amostra demonstrou interesse em receber treinamento sobre a temática, o que reforça a necessidade de atenção e de iniciativas educacionais voltadas à compreensão e ao manejo das ELEs no contexto assistencial. Nesse sentido, a inclusão desse tema ainda na graduação, associada à discussão sobre espiritualidade e cuidado em fim de vida, contribui para

um melhor preparo dos futuros profissionais, favorecendo uma abordagem mais segura, sensível e acolhedora diante dos pacientes e familiares (Best et al., 2020).

Embora as ELEs não tenham se associado aos indicadores de saúde mental, observou-se elevada frequência de sintomas ansiosos na amostra. Estes podem ser compreendidos ao contexto de elevada exigência emocional diante do ambiente profissional que atuam, junto a pacientes em sofrimento, terminalidade ou morte iminente (Delafontaine et al., 2024). Esses profissionais estão frequentemente expostos a situações potencialmente estressoras, como sobrecarga assistencial, sofrimento de pacientes e familiares, comunicação de notícias difíceis e vivência repetida da morte. Nesse sentido, Cuchet, Maneval e Dambrun (2025) destacam que o acúmulo de cuidados em fim de vida pode atuar como um estressor crônico, associado a piores indicadores de saúde mental em profissionais de cuidados paliativos.

Assim, a ausência de diferenças nos indicadores de saúde mental entre os profissionais que relataram e os que não relataram ELEs sugere que esses eventos não pareceram estar diretamente associados a piores níveis de depressão, ansiedade ou estresse, o que contraria a ideia de que seriam necessariamente perturbadores ou prejudiciais para os profissionais (Rabitti et al., 2024).

Também foi observado que os níveis elevados de religiosidade e espiritualidade se correlacionaram inversamente com sintomas depressivos, especialmente a religiosidade intrínseca ($p = 0,009$). A religiosidade intrínseca refere-se ao grau em que as crenças religiosas são internalizadas pelo indivíduo e orientam sua forma de compreender e conduzir a vida, representando uma vivência pessoal e profunda da religião (Koenig et al., 1997). Esse achado reforça a perspectiva de Pargament, Koenig e Perez (2000), que discutem o coping religioso e apontam a religiosidade e a espiritualidade como possíveis mecanismos de enfrentamento diante do sofrimento. Destaca-se que a tanto a religiosidade como espiritualidade constituem uma dimensão importante da qualidade de vida, influenciando o bem-estar psicológico, além do físico, social e existencial (Panzini et al., 2007).

Os achados deste estudo ampliam o conhecimento sobre as experiências de fim de vida na perspectiva dos profissionais de saúde e reforçam que esses fenômenos fazem parte da prática assistencial em contextos de terminalidade. Além de contribuir para a compreensão das percepções dos profissionais, os resultados apontam para a necessidade de incorporar a temática das ELEs e da espiritualidade na formação e na educação permanente em saúde, favorecendo uma assistência mais humanizada e um ambiente de trabalho mais preparado para lidar com essas experiências (Batzler et al., 2024; Vitorino et al., 2024; Sitefane et al., 2025).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas, apenas associações. Além disso, a amostra foi composta por profissionais de um único hospital universitário, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos assistenciais. Outra limitação refere-se ao uso de dados autorrelatados, que podem estar sujeitos a imprecisões de resposta e interpretação individual. Por fim, o número relativamente reduzido de participantes pode ter limitado o poder estatístico para detectar associações de menor magnitude entre as variáveis.

5 CONCLUSÃO

Foi possível observar que embora as ELES tenham sido interpretadas mais frequentemente como espirituais por quem as relatou, sua ocorrência não dependeu dos níveis de religiosidade ou espiritualidade. Por outro lado, maiores níveis de R/E estiveram associados a menores sintomas depressivos. Não foram observadas diferenças nos indicadores de saúde mental entre os profissionais que relataram e aqueles que não relataram ELES, indicando que esses fenômenos podem ser compreendidos de forma neutra ou positiva.

Os resultados também evidenciaram interesse dos profissionais em receber capacitação sobre a temática, ressaltando a importância de ampliar discussões sobre espiritualidade, fim de vida e ELES na formação dos estudantes e na prática em saúde. São necessários estudos que avaliem estratégias educacionais voltadas à preparação dos profissionais para lidar com esse tipo de experiência.

REFERÊNCIAS

BATZLER, Yannick N. et al. Implementing spiritual care education into the teaching of palliative medicine: an outcome evaluation. *BMC Medical Education*, v. 24, n. 1, 2024. DOI: 10.1186/s12909-024-05415-0.

BEST, Megan; LEGET, Carlo; GOODHEAD, Andrew; PAAL, Piret. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, London, v. 19, n. 1, art. 9, 2020. DOI: 10.1186/s12904-019-0508-4.

BROADHURST, Kathleen; HARRINGTON, Ann. A thematic literature review: the importance of providing spiritual care for end-of-life patients who have experienced transcendence phenomena. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 33, n. 9, p. 881-893, 2016. DOI: 10.1177/1049909115595217.

COSTEIRA, Cristina et al. Spiritual Care[Givers] Competence in Palliative Care: a scoping review. *Healthcare*, Basel, v. 12, n. 11, art. 1059, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12111059.

CUCHET, Isabelle; MANEVAL, Axelle; DAMBRUN, Michael. Stress, mental health, and resources of palliative care professionals. *Palliative & Supportive Care*, v. 23, e34, 2025. DOI: 10.1017/S1478951524002050.

CUNHA, Vivian Fukumasu da; ALMEIDA, Amanda Amaral de; PILLON, Sandra Cristina; FONTAINE, Anne Marie Germaine; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Religiosidade/Espiritualidade na prática em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 131-150, 2022. DOI: 10.20435/pssa.v14i2.1287.

DALCOLMO, Úrsula; BERTÃO, Manuela; CASTRO, Luísa; REGO, Francisca. Study of end-of-life paranormal phenomena recognized by palliative care health professionals in Portugal. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 2025. DOI: 10.1177/00302228251347052.

DELAFONTAINE, Anne-Claire et al. Impact of confrontation to patient suffering and death on meaning in work and burnout among palliative care professionals. *BMC Palliative Care*, v. 23, n. 1, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01393-8.

FENWICK, Peter; BRAYNE, Sam. End-of-life experiences: reaching out for compassion, communication, and connection—meaning of deathbed visions and coincidences. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 28, n. 1, p. 7-15, 2011. DOI: 10.1177/1049909110374301.

FENWICK, Peter; LOVELACE, Hilary; BRAYNE, Sue. Comfort for the dying: five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 51, n. 2, p. 173-179, 2010. DOI: 10.1016/j.archger.2009.10.004.

GALANTER, Marc; DERMATIS, Helen; BUNT, Gregory; WILLIAMS, Christopher; TRUJILLO, Maria; STEINKE, Paul. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 33, n. 3, p. 257-264, 2007.

GONÇALVES, Angélica Martins de Souza; PILLON, Sandra Cristina. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-15, 2009. DOI: 10.1590/S0101-60832009000100002.

HESSION, Alison; LUCKETT, Tim; CURROW, David; BARBATO, Michael. Nurses' encounters with patients having end-of-life dreams and visions in an acute care setting: a cross-sectional survey study. *Journal of Advanced Nursing*, Hoboken, v. 80, n. 8, p. 3190-3198, 2024. DOI: 10.1111/jan.16079.

KERR, Christopher W.; DONNELLY, James P.; WRIGHT, Scott T.; KUSZCZAK, Sarah M.; BANAS, Anne; GRANT, Pei C.; LUCZKIEWICZ, Debra L. End-of-life dreams and visions: a longitudinal study of hospice patients' experiences. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 3, p. 296-303, 2014. DOI: 10.1089/jpm.2013.0371.

KOENIG, Harold G.; KING, Dana E.; CARSON, Verna Benner. *Handbook of religion and health*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, Harold G.; PARKERSON JUNIOR, George R.; MEADOR, Keith G. Religion Index for Psychiatric Research. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997.

KORKMAZ, Zeynep; SÖNMEZ, Meltem; KÖSE, Selin. The mediating role of spirituality in the relationship between psychological resilience and mental health among nurses. *BMC Nursing*, v. 24, art. 319, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-03708-3.

LAWRENCE, Madelaine; REPEDE, Elizabeth. The incidence of deathbed communications and their impact on the dying process. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 30, n. 7, p. 632-639, 2013. DOI: 10.1177/1049909112467529.

LOVIBOND, Sydney H.; LOVIBOND, Peter F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2. ed. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra Lucchetti; BASSI, Rodrigo Machado; NASRI, Fabio. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 263-268, 2010. DOI: 10.1590/S0104-42302010000300024.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; MENDES, Jussara Maria Rosa; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Health professionals' mental health: a look at their suffering. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p. 233-246, 2019. DOI: 10.9788/TP2019.1-17.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário Fernando Prieto; ALOE, Flávio; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. DOI: 10.1590/S0101-60832008000100006.

PANZINI, Raquel G.; ROCHA, Neusa D.; BANDEIRA, Denise R.; FLECK, Marcelo P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, Kenneth I.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, Hoboken, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1.

PARK, Hye Jin; LEE, Eun Kyoung; PARK, Mi Ja. The influence of nurses' perception of death, end-of-life care attitude, and emotional intelligence on end-of-life care performance. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, v. 22, n. 3, p. 213-221, 2020. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000648.

RABITTI, Elisa et al. Hospice patients' end-of-life dreams and visions: a systematic review of qualitative studies. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 41, n. 1, p. 99-112, 2024. DOI: 10.1177/10499091231163571.

SANTOS, Claudia Soares dos; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; PAIVA, Carlos Eduardo; FENWICK, Peter; LUCCHETTI, Giancarlo. End-of-life experiences and deathbed phenomena as reported by Brazilian healthcare professionals in different healthcare settings. *Palliative & Supportive Care*, v. 15, n. 4, p. 425-433, 2017. DOI: 10.1017/S1478951516000869.

SILVA, A. D.; GONÇALVES, R.; MARTINS, J. A. S. R. L.; RIBEIRO, W. A.; GUEDES, C. M. C. A saúde mental dos enfermeiros no contexto do cuidado paliativo para pacientes oncológicos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2025. DOI: 10.51891/rease.v3i02.22660.

SILVA, Taís Oliveira; RIBEIRO, Henrique Gonçalves; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. End-of-life experiences in the dying process: scoping and mixed-methods systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, Londres, v. 13, p. e624-e640, 2023. DOI: 10.1136/spcare-2022-004055.

SITEFANE, Sara; AFONSO, Ana; ROSS, Linda; MCSHERRY, Wilfred; RABIAIS, Isabel; CALDEIRA, Sílvia. Competency-based spiritual care education program for undergraduate nursing students: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, v. 24, art. 1495, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-03805-3.

TAUNAY, Tauly Claussen D'Escragnolle et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012. DOI: 10.1590/S0101-60832012000400003.

VIGNOLA, Renata C. B.; TUCCI, Adriana M. Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, v. 155, p. 104-109, 2014. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031.

VITORINO, Luciano M. et al. The effectiveness of spiritual care training on medical students' self-reported competencies: a quasi-experimental study. *Palliative & Supportive Care*, v. 22, n. 2, p. 352-359, 2024.

VON ELM, Erik; ALTMAN, Douglas G.; EGGER, Matthias; POCKOCK, Stuart J.; GÖTZSCHE, Peter C.; VANDENBROUCKE, Jan P.; STROBE INITIATIVE. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 4, n. 10, e296, 2007. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040296.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Experiências de fim de vida e fenômenos no leito de morte relatados por profissionais da saúde”, sob a responsabilidade dos(as) pesquisadores(as) Luana Araújo Macedo Scalia, Mariana Jackes Martins, Beatriz Máisa Penaforte França, Gabrielle Alves Ayala.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar e caracterizar as experiências de fim de vida relatadas por profissionais da área da saúde atuantes nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTIs), Oncologia, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU) a fim de conhecer a característica dessas experiências.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelo(a)(s) pesquisador(a)(es) Mariana Jackes Martins, Beatriz Máisa Penaforte França, Gabrielle Alves Ayala, em cada um dos setores que serão estudados durante o período de expediente.

Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução n.º 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução n.º 510/2016). A coleta de dados ocorrerá entre os dias 01/07/2025 a 28/02/2025. Na sua participação, você responderá a um questionário contendo seções sobre dados sociodemográficos e profissionais, questões sobre Experiências de Fim de Vida (EFV), escalas de religiosidade (DUREL), espiritualidade (SSRS) e saúde mental (DASS-21), com duração aproximada de 25 minutos.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Nós, pesquisadores, atenderemos às orientações das Resoluções n.º 466/2012, capítulo XI, Item XI.2: f e n.º 510/2016, capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo físico, sob nossa guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados, e ainda assim a sua identidade será preservada. Para preservar sua identidade, seu nome real não será utilizado nessa pesquisa, mas sim um sistema numérico de identificação.

Os riscos consistem em desconforto dos voluntários em responder às questões e revisar memórias durante a coleta de dados, sendo sempre dada a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento. Pode também haver vazamento de dados, nos quais os pesquisadores se comprometem em utilizar o sistema de identificação numérico, além de garantir que os questionários estarão sobre a guarda e responsabilidade da equipe pelo período mínimo estabelecido por 5 anos. Aos participantes que relatarem precisar de ajuda psicológica, serão encorajados a buscar apoio nas unidades de saúde de referência e os pesquisadores poderão auxiliar nesse processo com informação e incentivo.

Os benefícios serão proporcionar ao profissional de saúde uma reflexão sobre sua prática assistencial e os participantes poderão se sentir acolhidos e validados, favorecendo o autoconhecimento, podendo fortalecer o vínculo com o propósito do cuidado. A níveis institucionais, esse estudo pode contribuir significativamente para a compreensão dos fenômenos de fim de vida sob a perspectiva dos profissionais, oferecendo subsídios para práticas de cuidado mais humanizadas, formação em cuidados paliativos e estratégias de apoio emocional.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos(as) pesquisadores(as).

Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Luana Araújo Macedo Scalia pelo telefone (34) 999938083, vinculada à Faculdade de Medicina (FAMED) da UFU, localizada na Avenida Pará, Bloco 2U, 1720 - Bairro Umuarama.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você tem direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Para obter orientações quanto aos direitos dos(as) participantes de pesquisa, acesse a cartilha disponível no link:

https://propp.ufu.br/sites/propp.ufu.br/files/media/documento/cartilha_dos_direitos_dos_participantes_de_pesquisa.pdf. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131; ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos(as) participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Nome completo do(a) participante de pesquisa

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do(a) Pesquisador(a)