



Espiritualidade/Religiosidade nos Cuidados Paliativos: qual a percepção das equipes multidisciplinares?

*Spirituality/religiosity in palliative care: what is the
perception of the multidisciplinary teams?*

SILEIDE FRANCE TURAN SALVADOR ^a

MARY RUTE GOMES ESPERANDIO ^b

Resumo

A Organização Mundial de Saúde estabelece que o cuidado às pessoas que enfrentam doenças fatais, ou seja, em cuidados paliativos (CP) deve incluir a dimensão espiritual. Este estudo teve como objetivo evidenciar a percepção das equipes multidisciplinares sobre questões espirituais/religiosas na assistência paliativa. O método de pesquisa foi de natureza mista, transversal, caracterizado como descritivo e exploratório. A coleta de dados se deu através de um questionário semiestruturado, formado por 39 questões fechadas e uma aberta. Colaboraram no estudo 25 profissionais de equipes de CP. 94% consideram que a religiosidade coopera no tratamento e 76% percebem que pacientes gostariam de trazer as questões religiosas para o tratamento. Estes profissionais destacam a necessidade de receber formação para abordar as questões de E/R (96%) e entendem como importante a atuação de um cuidador espiritual na equipe para prover a assistência espiritual em caráter profissional. Esta lacuna na formação de profissionais da Saúde, aliada à necessidade de assistência espiritual de pessoas e familiares em CP, convoca a teologia a desenvolver uma reflexão teórica e prática que contribua com propostas consistentes de cuidado espiritual para aplicação no contexto dos Cuidados Paliativos.

^a Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba, PR, Brasil. Doutora em Teologia, e-mail: sileidefrance@gmail.com

^b Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR, Brasil. Doutora em Teologia, e-mail: mary.esperandio@pucpr.br

Palavras-chave: Assistência Espiritual. Cuidados Paliativos. Capelania. Capelães/capelãs. Equipe Multidisciplinar.

Abstract

The World Health Organization establishes that care for people facing fatal diseases, in other words, in palliative care (PC) should include the spiritual dimension. This study aimed to highlight multidisciplinary teams' perception of spiritual/religious issues in palliative care. The research method was mixed, cross-sectional, characterized as descriptive and exploratory. Data were collected using a semi-structured questionnaire, composed of 39 closed questions and one open-ended question, and the Centrality of Religiosity Scale. Twenty-five professionals from PC teams collaborated in the study. 94% consider that religiosity cooperates in the treatment and 76% perceive that patients would like to bring religious issues to the treatment. These professionals highlight the need to receive training to address the issues of E/R (96%) and understand the importance of a spiritual caregiver as a team member to provide spiritual assistance on a professional basis. This gap in the formation of healthcare professionals, allied to the need for spiritual assistance of individuals and family members in PC, calls on theology to develop a theoretical and practical reflection that contributes to consistent proposals of spiritual care to be applied in the context of Palliative Care.

Keywords: Spiritual Assistance. Palliative Care. Chaplaincy. Chaplain. Multidisciplinary Team.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como um conjunto de ações específicas destinadas à pessoa com diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora da continuidade da existência. Tais ações visam a promoção da qualidade de vida da pessoa enferma e de seus familiares por meio de um cuidado integral provisionado por equipes multidisciplinares, abrangendo as dimensões física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

Enfrentar uma doença que ameaça a continuidade da existência, muitas vezes leva a pessoa a olhar sua vida sob novas perspectivas. Neste contexto, suas necessidades espirituais podem mudar. Por essa razão, a OMS destaca a importância de que a equipe multiprofissional tenha capacidade de ajudar a explorar as

necessidades espirituais das pessoas enfermas. Isto porque, a assistência integral, que inclui assistência às dimensões física, psicossocial e espiritual promove maior qualidade de vida, mais dignidade e conforto até o encerramento da biografia da pessoa enferma (WHO, 2002; VAN DE GEER et al., 2018).

Quando as necessidades espirituais são diagnosticadas e atendidas, ocorre o que pode ser designado como cuidado espiritual. Essa prática de cuidado é constituída por ações compassivas que procuram atender ao sofrimento causado pela falta de sentido e a falta de conexão espiritual consigo, com outros, com o ambiente e com a transcendência (ESPERANDIO, 2014, p. 824-825; HERDMAN; KAMISURU, 2014, p. 372). Entretanto, a dimensão espiritual “não tem sido plena e devidamente integrada nos serviços de CP no Brasil”, conforme pontuam Esperandio e Leget (2020, p. 2). Para estes pesquisadores, “a equipe multidisciplinar tem, em geral, dificuldades variadas e em diferentes níveis, para lidar com conteúdos próprios dessa dimensão” (ESPERANDIO; LEGET, 2020, p. 2).

Assumimos nesse estudo, a noção de espiritualidade tal como definida na Conferência Internacional de Consenso, qual seja, como

aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas buscam sentido último, propósito e transcendência, experienciam a relação consigo mesmas, com a família, com outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado. A espiritualidade é manifestada por crenças, valores, tradições e práticas (PUCHALSKI, 2014, p. 646).

O objetivo, pois, desse estudo é evidenciar o entendimento da percepção e da atitude das equipes multidisciplinares dos serviços de CP, acerca da espiritualidade/religiosidade nas práticas de cuidado. Crê-se que a investigação sobre o modo como as equipes multidisciplinares integram (ou não) a dimensão espiritual em suas práticas de cuidado espiritual nos CP pode contribuir com subsídios para embasar propostas de formação profissional a fim de melhorar a assistência das pessoas enfermas e de seus familiares.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem mista, de tipo *survey*, transversal, descritivo e exploratório. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, composto por 39 perguntas fechadas e uma questão semiaberta, estruturado em cinco seções: 1) levantamento dos dados sociodemográficos incluindo o perfil de crenças e atitudes espirituais/religiosas; 2) noções de religiosidade e espiritualidade e o lugar desses conceitos na vida pessoal; 3) relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde; 4) *coping* espiritual-religioso do/da profissional; 5) integração da espiritualidade/religiosidade no cuidado à pessoa enferma. Além desse questionário, foi aplicada a Escala da Centralidade da Religiosidade (ECR) (ESPERANDIO *et al.*, 2019a), com a finalidade de analisar o lugar da religiosidade na vida das pessoas participantes do estudo. A ECR, desenvolvida sobre uma base teórica da Psicologia da Religião, Teologia e Sociologia (HUBER; HUBER, 2012) sustenta que a vida religiosa é representada por cinco dimensões: a prática pública (correlacionada à frequência com que o indivíduo toma parte em atividades religiosas); a prática privada (indicada pela intensidade com a qual a pessoa exerce práticas como oração e meditação); a experiência religiosa (que implica na intensidade com que o indivíduo se confronta com questões acerca da realidade fundante); a dimensão ideológica (que se relaciona a razoabilidade da existência da realidade transcendente) e a dimensão intelectual (relacionada à frequência com que a pessoa pensa sobre questões religiosas). A ECR também mensura os três níveis de religiosidade: altamente religioso, religioso e não religioso (HUBER; HUBER, 2012, p. 710-724; ESPERANDIO *et al.*, 2019b, p. 271-272).

Para o procedimento de seleção dos locais de coleta dos dados foram utilizados os registros da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a principal entidade que representa profissionais que prestam serviços de CP no Brasil, para obter informações sobre instituições que ofertam esse atendimento na cidade de Curitiba. Cinco dentre os seis serviços existentes aceitaram participar do estudo, sendo três hospitais, uma clínica e um *hospice* (local/instituição voltada ao cuidado de fim de vida).

O recrutamento dos/as participantes do estudo foi por meio de indicação da própria instituição. O estudo foi auto aplicado e ocorreu no local de trabalho das/os participantes. Utilizou-se como critério de inclusão: a vinculação formal com as instituições participantes na pesquisa, ter idade igual ou acima de 18 anos e a participação voluntária. Foram excluídos/as do estudo profissionais que atuam apenas esporadicamente nos CP e estudantes em prática de estágio. Portanto, participaram do estudo 25 profissionais envolvidos/as com a prática de CP.

O período de coleta de dados foi de setembro a dezembro de 2019 e as/os participantes receberam orientação sobre o procedimento da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob o Parecer n. 3.650.587 (Anexo 01). A análise dos dados levantados foi realizada por meio de ferramentas estatísticas próprias para esse tipo de pesquisa, o Excel. O resumo estatístico dos questionários (DEL-MASSO *et al.*, 2014, p. 2) serviu de base para os resultados que permitiram verificar tanto a integração da espiritualidade em CP quanto às atitudes e percepções de equipes multidisciplinares. Os relatos das experiências levantados por meio de uma pergunta aberta foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo consiste na aplicação de um conjunto de técnicas, por meio de três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Ou seja, trabalha a práxis linguística realizada por emissores identificáveis, levando em consideração as significações (BARDIN, 2002, p. 43).

Resultados

Caracterização da amostra

Participaram do estudo 25 profissionais, distribuídos, percentualmente, nas seguintes áreas: Psicologia (24%); Medicina (20%); Enfermagem (12%); Nutrição (12%); Educação Física (8%); Farmácia (4%); Fisioterapia (4%); Musicoterapia (4%); Serviço Social (4%); Técnico em Enfermagem (4%); e Teologia (4%). O tempo médio de formação profissional dos/as participantes foi de seis anos e meio, sendo que o

tempo máximo nesse estudo foi de 30 anos. Com relação a formação em CP, 60% afirmaram ter formação e 40% não. O tempo médio de atuação em CP foi de 3 anos e 4 meses.

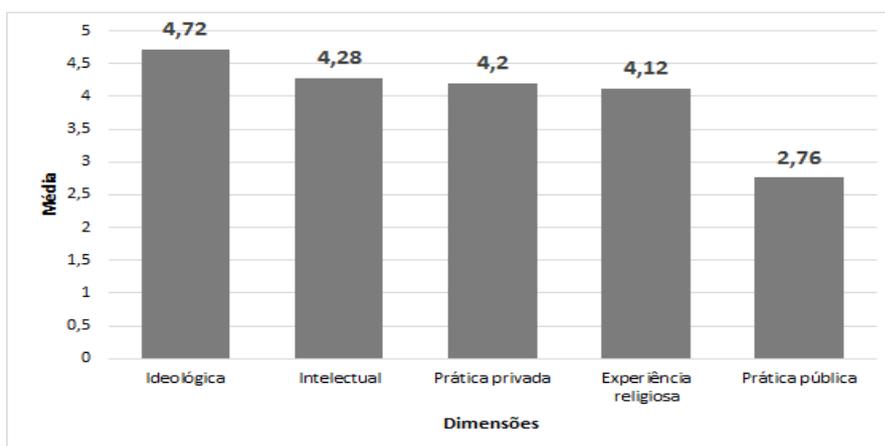
A amostra foi predominantemente feminina (72%). Com relação à idade, 56% desta população situaram-se em uma faixa etária entre 21-30 anos; 24% entre 31-40; e 20% declararam ter mais de 40 anos.

Quanto à escolaridade, mais da metade dos/as respondentes (68%) possuíam pós-graduação, 28% relataram ter o ensino superior completo e apenas 4% ter o ensino médio/técnico incompleto. Quanto ao estado civil: solteiros (56%); casados/em união estável (40%); e separados/divorciados (4%). Em relação ao nível socioeconômico, 60% dos participantes disseram receber de 1-3 salários-mínimos, enquanto 24% entre 4-8 salários-mínimos e 16% mais de 8 salários-mínimos.

Uma das perguntas do questionário buscou levantar o modo como profissionais de Saúde se identificam em relação à E/R. 44% se auto reportaram como “espiritualizados, mas não religiosos”; 36% dos profissionais se autodeclararam como “religiosos e espiritualizados”. Os que se apresentaram como “religiosos” perfizeram 12% da amostra e 8% se consideraram “nem espiritualizadas, nem religiosas”.

A Escala de Centralidade da Religiosidade indicou esta população como “altamente religiosa” ($M=4$, $DP=1,27$), com alto escore em quase todas as dimensões da religiosidade, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Fatores das dimensões centrais de religiosidade de acordo com a média



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dentre as afiliações religiosas, 52% dos respondentes afirmaram ser de confissão católica; 24% evangélicos (sendo duas pessoas de confissão Batista, uma Presbiteriana, uma da Igreja Aliança Evangélica e duas da Igreja Quadrangular); 12% espíritas; 8% disseram acreditar em Deus, mas não estavam vinculados a nenhuma religião; e 4% relataram outra pertença (não informada).

Noções de espiritualidade/religiosidade e o lugar desses conceitos na vida pessoal

Das pessoas participantes do estudo 88% consideraram que as meditações, orações e rezas que fazem sozinhos são tão importantes quanto as orações, rezas e meditações que fazem em conjunto com um grupo religioso. Destes 94% julgaram importante reservar um momento para fazer práticas tais como meditações e orações. 96% dos respondentes consideraram que em suas vidas sentem a presença divina; 4% consideraram a afirmação nem verdadeira nem falsa.

A crença de que a espiritualidade fornece suporte para manter uma vida equilibrada e estável foi reportada por 92% dos participantes, os outros 8% consideraram a premissa nem verdadeira nem falsa. Para 80% das pessoas respondentes, a espiritualidade ou religiosidade pessoal influencia na forma como realizam seu trabalho.

Com relação ao *Coping* Espiritual/Religioso, 92% dos/as profissionais afirmaram que a E/R os ajuda a lidar com situações de sofrimento e dificuldade na vida, 4% julgaram a afirmativa como “nem verdadeira, nem falsa” e 4% disseram que a afirmativa é em parte falsa. 84% utilizaram com frequência, crenças espirituais/religiosas para lidar com situações difíceis da vida, 12% julgaram a afirmativa como “nem verdadeira, nem falsa” e 4% julgaram que essa afirmativa é totalmente falsa. 72% das pessoas participantes do estudo afirmaram utilizar a oração/reza para enfrentar problemas no trabalho, 4% julgaram a afirmativa como “nem verdadeira, nem falsa” e 24% disseram que essa afirmativa é falsa.

Percepção de profissionais da saúde acerca da relação entre espiritualidade/religiosidade e Saúde

As pessoas participantes do estudo reconhecem a relevância de que os/as profissionais de CP compreendam melhor a relação entre saúde e espiritualidade. Destes, 88% disseram acreditar que problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião, 12% não concordam e nem discordam dessa afirmativa. 56% afirmaram que determinadas práticas religiosas interferem negativamente no tratamento de Saúde; 28% não concordam nem discordam e 16% discordaram do enunciado. O reconhecimento de que a religiosidade da pessoa enferma coopera no tratamento 94%, sendo que 4% “não concordam e nem discordam”.

Integração da espiritualidade/religiosidade no cuidado da pessoa enferma

A necessidade de receber formação para abordar de modo adequado as questões de E/R da pessoa enferma durante o tratamento foi constatada por 96% dos/as profissionais, 4% discordam em parte. 76% afirmaram que as pessoas enfermas gostariam de trazer as questões religiosas para o tratamento, 24% não concordam e nem discordam. Quanto à percepção da importância de ter conhecimento de questões relativas às necessidades espirituais da pessoa enferma, 96% dos respondentes afirmaram ser importante; 4% não concordam e nem discordam. 64% dos profissionais de Saúde disseram que abordam com frequência, questões sobre a E/R das pessoas que atendem, 20% foram neutros (consideraram a afirmação nem verdadeira nem falsa) e 16% julgaram a afirmativa como falsa. 76% afirmaram se sentir confortáveis em abordar as questões de E/R durante o processo de tratamento, 12% não concordam e nem discordam e 12% julgaram a afirmativa como falsa.

Quanto à atuação de um cuidador espiritual na oferta do atendimento às necessidades espirituais das pessoas enfermas em CP, 96% consideraram importante e 4% foram neutros. Foi unânime, 100%, a consideração da importância de que um cuidador espiritual faça parte da equipe de CP. 88% encaminhariam uma pessoa enferma a um cuidador espiritual com o requisito de que este fosse apto para fazer atendimento espiritual/religioso, apenas 12% julgaram a afirmativa como “nem verdadeira nem falsa”.

As pessoas participantes do estudo foram convidadas a relatar uma experiência de integração da espiritualidade no contexto dos CP. 36% das pessoas deixaram a pergunta em branco, 12% disseram que não tinham experiências para relatar e 52% tentaram fazer uma descrição das suas experiências. Os relatos das experiências foram analisados por meio da Análise de Conteúdo.

Todos os relatos das/os participantes foram apresentados de forma sintética. Por meio da análise, evidencia-se que dos 52%, 28% dos/as participantes abordaram aspectos gerais de suas práticas sem relatar nenhuma situação em específico. Sobressai nesses relatos a importância do acolhimento e de uma escuta ativa. Uma respondente relatou fazer “acolhimento e escuta empática em momentos de ‘revolta a Deus’” (Psicóloga). Uma profissional da área da Enfermagem relatou a importância de um capelão: “todo lugar que tem CP eu acho que deveria ser obrigatório ter o capelão [...] porque a gente acha que dá conta, mas não dá porque não é a nossa área de formação”. Uma das participantes afirmou: “não tenho o costume, acredito que seja pelo fato de na faculdade o tema não ser debatido” (Nutricionista), e acrescentou que sozinha não faz esta integração, mas que esta é feita por parte da equipe de cuidado multidisciplinar “abordando questões sobre o que dá sentido à vida, o que é importante para o paciente e família”.

Nos demais depoimentos, 24%, relataram situações específicas que foram agrupadas em duas categorias:

1. Integração do líder religioso da confissão religiosa da pessoa enferma: 8% dos profissionais relataram que sua experiência de integração se deu por meio da oferta de contactar lideranças religiosas para fornecer suporte e os cuidados espirituais necessários. Um médico relatou: “a gente tem assistente social e a questão espiritual é a questão que a família traz [...] quer trazer o padre então a gente não tem restrição de horário, nem de visita, pode trazer quem quiser”.

2. Acolhimento e escuta compassiva - 16% dos participantes afirmaram que o acolhimento e a escuta compassiva ocorreram por meio do questionamento acerca das crenças espirituais/religiosas das pessoas enfermas e seus familiares. Uma enfermeira respondente identificou seu acolhimento e escuta compassiva por meio da ação de “identificar o que é sagrado para aquela pessoa, o que realmente faz diferença na vida dela”. Já a nutricionista destacou a importância de “questionar a

família e paciente sobre suas crenças e trazer isso para o tratamento”. Em decorrência dessa escuta, buscou-se promover experiências de conforto e de respeito à autonomia das pessoas enfermas e familiares.

Discussão

Os profissionais de Saúde desta amostra são classificados como altamente religiosos e apresentam uma percepção da E/R como algo de foro íntimo, haja vista que a prática pública alcançou um escore baixo e que estes valorizam práticas mais privadas tais como oração e meditação. Vale destacar que essa amostra se caracteriza como altamente religiosa, reconhece o valor da própria espiritualidade na vivência pessoal e profissional e quase a sua totalidade afirma utilizar-se de estratégias de *coping* E/R para enfrentar os próprios sofrimentos. Além disso, constata-se o consenso de que a religiosidade das pessoas enfermas coopera no tratamento e a maioria dos profissionais se sente confortáveis na integração dessas questões.

Embora grande parte destes/as profissionais reconheçam a importância da integração da E/R nos cuidados em Saúde, um grupo minoritário não questiona as pessoas enfermas acerca desta questão e um grande quantitativo de profissionais não conseguiram relatar alguma experiência de integração da E/R em sua prática profissional. Uma das possibilidades para essa dificuldade diz respeito a ausência do tema na formação de graduação. Infelizmente, tópicos pertinentes à temática de E/R não são integrados nos currículos de muitos cursos da área da Saúde (CONDE *et al.*, 2019, p. 10, 16; LEMOS, 2019, p. 699-701), o que perpetua a permanente justificativa em áreas de formação como Medicina, Enfermagem e Psicologia de que não sabem integrar tais questões no cuidado, por não terem recebido formação sobre isso (ESPERANDIO, 2021, p. 1-2).

Os achados nos mostram que com a formação que receberam na graduação, profissionais da Saúde não conseguem dar conta de cuidar dos aspectos espirituais e, portanto, reconhecem como necessária a assistência espiritual profissional e especializada. Essa realidade pode conduzir à interpretação de que a presença de um/a cuidador/a espiritual na equipe agrega valor para atender as pessoas enfermas, seus familiares e na mesma proporção pode ser significativa para atender

espiritualmente à própria equipe paliativista. Profissionais, afinal, também sofrem, passam por conflitos espirituais/religiosos e se sensibilizam com a perda de pessoas enfermas aos seus cuidados. Além disso, tais profissionais podem fornecer treinamentos para demais membros da equipe de Saúde sobre como integrar aspectos espirituais em sua prática clínica.

Conforme salientado, os profissionais de Saúde reconhecem como valor a atuação de uma pessoa especialista em cuidados espirituais na equipe. Para o estabelecimento desse valor, Tillich (2005, p. 718) oferece ricas contribuições, principalmente através de sua observação de que há, na Teologia, um entendimento acerca da fé que se exprime como ação psíquica de concentração ou autossugestão, capaz de conduzir o ser humano à elaboração do sentido de vida e à transcendência. Daí que, especialmente, a Teologia Prática pode ser um canal de integração em Saúde através da recepção do sagrado. A Teologia Prática:

é uma teologia de ação e reflexão sobre aquela ação. [...] estuda como o Evangelho é interpretado, ou expresso, na ação. [...] indica a importância central da experiência vivida, a situação contemporânea. Nesse sentido, a Teologia Prática é a interpretação de, ou reflexão crítica sobre, a mensagem Cristã em ação. (FARRIS, 2010, p. 62).

Esse fazer teológico pode ser a luz a conduzir a expressão central da preocupação consigo e/ou com a Saúde do outro. Desse modo, a Teologia está posta como instrumento dinâmico de construção de propostas para o bem-estar da pessoa enferma que está em situação de vulnerabilidade e que necessita de cuidado espiritual. A Teologia Prática, nesse sentido, é um viés mediador que considera as diversidades e as múltiplas ações envolvidas no cuidado espiritual, um cuidado que deve ser caracterizado pela interdisciplinaridade e não pode se limitar às fronteiras da fé, das confissões religiosas e da tradição. Hefti e Esperandio (2016) destacam que as necessidades espirituais da pessoa enferma (incluindo sua família) em geral, apresentam-se como: necessidade de esperança; necessidade de sentido e propósito na vida; necessidade de se sentir conectado consigo mesmo, com outros e com a transcendência; necessidade de se sentir amada/o.

Cabe recordar a observação de Ferrel *et al.* (2020) acerca da integração da assistência espiritual nos CP no que diz respeito ao impacto para a pessoa enferma

que pode sentir-se compreendida em um nível mais profundo. Essa pessoa enferma pode estar ligada ao seu sistema de orientação religiosa ou sentir legitimidade no que diz respeito ao conforto que obtém de suas crenças. Também pode sentir-se conectada com sua comunidade de fé e com as pessoas de seu vínculo religioso. Desse modo, o atendimento espiritual impulsiona a potencialização das capacidades das pessoas, valorizando suas faculdades, recriando suas esperanças, conferindo-lhes a paz interior que lhes possibilita articular problemas e angústias de um modo mais salutar (CULLIFORD, 2002, p. 1435). Ou seja, o cuidado espiritual pode auxiliar a encontrar um propósito e/ou sentido de vida diante do estado de impermanência, conduzindo a um enfrentamento esperançoso, ou *coping* positivo (PARGAMENT, 1997; KOENIG; LARSON; LARSON, 2001, p. 4-5; ESPERANDIO *et al.* , 2017, p. 307).

Os resultados corroboram a discussão levantada por Esperandio e Leget (2020) que apresentam a necessidade de um consenso nacional acerca do entendimento do que é E/R e cuidado espiritual e de como estes podem contribuir para o avanço do conhecimento teórico-prático no campo do cuidado ético. Também podem orientar a implementação da assistência espiritual especializada, profissional e integrada nas equipes multidisciplinares de Saúde em CP (ESPERANDIO, 2021, p. 10-11). O estudo apresentado confirmou os achados de Faria e Seidl (2005, p. 383) de que pessoas em CP voltam-se para a dimensão espiritual como recurso de alívio, fonte de esperança de cura e de combate à ansiedade.

Por fim, a contribuição concreta da Teologia Prática pode se expressar na formulação e integração de um cuidado espiritual nos diversos contextos em Saúde (Capelania, Enfermagem, Psiquiatria, Saúde Mental, Psicoterapia Clínica, Hospice e CP) (ESPERANDIO, 2021, p. 10-11). A Teologia Prática também pode contribuir na oferta de modelos de intervenção de assistência espiritual embasada tanto na práxis quanto teoricamente, a exemplo do Modelo Diamante de Carlo Leget (2020). Ao mesmo tempo, através de políticas que impactem a pesquisa em E/R, a Teologia Prática (em diálogo interdisciplinar com outras disciplinas tais como a Bioética e Psicologia da Religião, que também se ocupam do cuidado) pode contribuir para que a Capelania profissional se estabeleça publicamente e seja reconhecida em seu campo de formação (ESPERANDIO, 2021, p. 10-11).

Considerações finais

Os resultados indicaram profissionais com pouca prática em cuidado espiritual e reforçam a importância de um cuidado integral em Saúde no qual se faça presente um profissional especializado em cuidado espiritual. Há campo para o desenvolvimento de propostas de cuidado espiritual e estas poderiam ter sustentação e contribuição da Teologia. As ações de atendimento espiritual nos CP, expostas no estudo, apresentaram que se demandam competências distintas entre profissionais de saúde e cuidadores/as espirituais. Embora alguns profissionais afirmem que se sentem confortáveis em abordar questões de E/R (fazer algumas perguntas básicas, tais como afiliação religiosa e frequência a encontros religiosos), não sentem segurança para prestar cuidado espiritual propriamente dito, às necessidades espirituais detectadas, por falta de formação e treinamento. Ressalta-se, contudo, que não é de se esperar que profissionais de Saúde sejam responsabilizados/as pelo atendimento de necessidades espirituais específicas, complexas, pois tal tarefa caberia à pessoa com função de assistência espiritual especializada (HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 30-31). Esse é um fator revelador para concluir que é real a necessidade de pessoas capacitadas para integrar o atendimento espiritual nos CP. A Teologia Prática é, portanto, convocada a dar sua contribuição na formação de tais profissionais de forma premente. Um dos tópicos centrais nestas formações diz respeito a melhor desenvolver competências culturais para a prática de um cuidado sensível às particularidades das pessoas enfermas.

Um limite desse estudo diz respeito ao tamanho da amostra. Apesar dessa limitação, a pesquisa mostra o modo como os profissionais que atuam em CP lidam com a dimensão da E/R de pessoas enfermas e suas famílias: num contexto de boa vontade, mas sem treinamento para a integração da E/R nos CP. Fica comprovada a necessidade da práxis especializada de cuidadores/as espirituais a partir de fundamentos teológicos que contribuam para a constituição da centralidade do cuidado espiritual nos CP. Essa integração visa dar valor à vida de modo inequívoco, oferecendo o devido cuidado integral na saúde. Faz-se necessário que outras investigações desenvolvam pesquisas empíricas com resultados que colaborem para a solução dos desafios aqui levantados.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. 229p.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, p. 197-210, 2003.
- CONDE, S. R. S. S. *et al.* A espiritualidade nos currículos das escolas médicas da região norte e a visão do interno de medicina sobre sua importância na formação. *IJHE*, v. 4, n. 1, p. 9-18, 2019.
- CULLIFORD, L. Spirituality and clinical care. *BMJ*, v. 325, n. 7378, p. 1434-1435, 2002.
- DEL-MASSO, M. C. S. *et al.* Revista ciência em extensão: diversidade na universidade. *Rev Ciênc Ext*, v. 10, n. 2, p. 2-6, 01 ago. 2014. DOI: 10.1590/S1413-41522016141973.
- ESPERANDIO, M. R. G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, Belo Horizonte, v.12, n.35, p. 805-832, set. 2014.
- ESPERANDIO, M. *et al.* Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações*, v. 12, n. 22, p. 303-322, 2017.
- ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian validation of centrality of religiosity scale (CRS-10BR AND CRS-5BR). *Religions*, v. 10, n. 9, p. 1-15, 2019a.
- ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. *Interação Psicol*, v. 23, n. 2, p. 268-280, 2019b.
- ESPERANDIO, M. R. G.; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil. Revisão integrativa de literatura. *REVER*, v. 20, n. 2, p. 11-27, 2020.
- ESPERANDIO, M. R. G. Spirituality and health in Brazil: a survey snapshot of research groups. *Religions*, v. 12, n. 27, p. 1-14, 2021.
- FARIA, J. B.; SEDELL, E. M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença. *Psicol Reflex Crit*, v. 18, n. 3, p. 351-389, 2005.
- FARRIS, J. O que é teologia prática? *Rev Caminhando*, v. 6, n. 1 [8], p. 56-68, 2010.
- FERREL, B. *et al.* The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. *J Pain Symptom Manage*, v. 60, n. 3, p. 1-14, jun. 24, 2020.
- HEFTI, R; ESPERANDIO, M. R.G. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.

HERDMAN, H.; KAMISURU, S. (Eds.) *NANDA international. Nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017*. 10 ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2014. 483p.

HUBER, S; HUBER, O. W. The centrality of religiosity scale (CRS). *Religions*, v. 3, p. 710-724, 2012. DOI:10.3390/rel3030710.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother*, v. 35, n. 3, p. 352-359, 2001.

LEGET, C. Spiritual care and a new art of dying. In: KELLY, E.; SWINTOW, J. (Eds). *Chaplaincy and the soul of health and social care: fostering spiritual wellbeing in emerging paradigms of care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2020. 368p. p. 231-241.

LEMOS, C. T. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. *Caminhos*, v. 17, n.2, p. 688-708, 2019.

PARGAMENT, K. I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 1997. 548p.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*, v. 17 n. 6, p. 642-656, 2014.

TILLICH, P. *Teologia sistemática*. Trad. de Getúlio Berteli e Geraldo Kordörfer. São Leopoldo: Sinodal, 2005. 868p.

VAN DE GEER, J. et al. Multidisciplinary Training on Spiritual Care for Patients in Palliative Care Trajectories Improves the Attitudes and Competencies of Hospital Medical Staff: Results of a Quasi-Experimental Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, v. 35, n. 2, p. 218-228, fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO. *Definition of palliative care*.2018. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

RECEBIDO:10/11/2022
APROVADO:30/11/2022

RECEIVED:11/10/2022
APPROVED:11/30/2022