









Suporte religioso e espiritual na concepção de enfermeiros e familiares de pacientes críticos: estudo transversal*

Religious and spiritual support in the conception of nurses and families of critical patients: a cross-sectional study

Soporte religioso y espiritual en la concepción de enfermeros y familiares de pacientes críticos: estudio transversal

Como citar este artigo:

Santos PM, Rodrigues KS, Pinheiro LA, Santana BS, Ipólito MZ, Magro MCS. Religious and spiritual support in the conception of nurses and families of critical patients: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200508. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0508>

-  Petherson Mendonça dos Santos¹
-  Kirliane de Sousa Rodrigues²
-  Lucas Andrade Pinheiro³
-  Breno de Sousa Santana⁴
-  Michelle Zampieri Ipólito¹
-  Marcia Cristina da Silva Magro¹

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso: "Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros", Universidade de Brasília, 2020.

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

² Centro Universitário Euro-Americano, Brasília, DF, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Brasília, DF, Brasil.

⁴ Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the religious and spiritual support in critical care according to the conception of patients' family members and nurses. **Method:** This is a quantitative cross-sectional study conducted with nurses and relatives of patients admitted to intensive care units. Sociodemographic data were collected and a questionnaire on religiosity and spirituality was applied to family members and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale to nurses. The results with $p \leq 0.05$ were significant. **Results:** Sample consisted of intensive care nurses ($n = 22$) and family members ($n = 61$). Intensive care nurses stated that they can provide spiritual care ($p = 0.03$). Of the family members, 88.5% believed that religiosity and spirituality help in coping with difficult times, highlighting prayer as part of care for critically ill patients ($p = 0.02$). **Conclusion:** Nurses and family members recognized religious/spiritual support as significant to the process of caring for critically ill patients, even though professional qualification is required for greater integration of this support in daily intensive care.

DESCRIPTORS

Intensive Care Units; Family; Spirituality; Humanization of Assistance; Nursing.

Autor correspondente:

Breno de Sousa Santana
Campus Universitário Darcy Ribeiro, S/N
70.910-900 – Brasília, DF, Brasil
bresousas@outlook.com

Recebido: 17/11/2020
Aprovado: 03/09/2021

INTRODUÇÃO

As necessidades espirituais são reconhecidas como parte importante do cuidado e da avaliação de enfermagem e, como tal, podem influenciar os resultados do paciente. O cuidado espiritual tem sido interpretado como um dos atributos do enfermeiro, dado como multifacetado e de abrangência holística, incorporado às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes⁽¹⁾.

O sofrimento espiritual pode estar presente durante a permanência do paciente no cenário hospitalar⁽²⁾ e, na busca pela recuperação da saúde, recursos tecnológicos especializados, ambiência e avaliação multiprofissional contínua⁽³⁾ podem ser necessários, além das práticas humanizadoras que compõem a integralidade do cuidado⁽⁴⁾.

No entanto, equilibrar ações de cunho tecnológico e humanizador compreende o atual cenário de progresso na área da saúde e é, portanto, um desafio. A necessidade de monitoramento contínuo não deve ser motivo para justificar o desequilíbrio, mas seguramente a justa medida para o cuidado crítico qualificado e seguro⁽⁵⁾. Estudo de revisão internacional destaca que a consciência da necessidade de cuidado espiritual integrado ao cuidado diário em unidade de terapia intensiva (UTI) pode levar ao desenvolvimento de estratégias de cuidado mais abrangentes e possivelmente mais eficazes para pacientes de UTI e seus familiares⁽⁶⁾.

O cuidado humanizado inclui a participação do paciente, dos profissionais e de recursos tecnológicos para superação de quadros clínicos aparentemente intransponíveis, em que a família também deve ser incluída, dadas as repercussões de sentimentos de fracasso em razão do processo de hospitalização de um dos seus componentes⁽⁷⁾.

Emana do cenário de assistência ao paciente crítico a necessidade de reconfiguração do processo saúde-doença, de forma a contemplar não só o domínio biológico, mas também social e espiritual como parte dos problemas identificados nos pacientes⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, por espiritualidade compreende-se a propensão humana pela busca de significado e propósito de vida que transcende o que é tangível, que pode ou não se expressar pela participação religiosa formal e relação com os outros, na natureza e na arte⁽⁹⁾ e, por religiosidade, a extensão daquilo em que um indivíduo crê, segue e pratica, influenciando de alguma forma a maneira como as pessoas procuram viver suas vidas e tratar os outros⁽¹⁰⁾.

A religião e a espiritualidade são reconhecidas como componentes da prática de cuidados paliativos, mas subestimadas em outros campos, como o de assistência ao paciente crítico⁽⁷⁾. Assim, tendo em vista a importância da investigação da religiosidade/ espiritualidade em cenário crítico, considerando a multifatorialidade de eventos que pode interferir nesse contexto, torna-se importante investigar sua influência na recuperação da saúde, haja vista que as percepções do enfermeiro e familiar podem ser promissoras para melhor entendimento e direcionamento de estratégias e mecanismos mais eficazes que possam acelerar a recuperação da saúde e contribuir de forma positiva para melhor desempenho profissional.

Outra situação importante refere-se ao desconhecimento sobre os caminhos potenciais pelos quais a disponibilidade do suporte religioso/espiritual pode melhorar a recuperação de pacientes críticos; então, compreender se o funcionamento e a autogestão de processos patológicos complexos melhoram com a percepção e inclusão desses constructos pode representar uma contribuição eficiente no processo de recuperação da saúde⁽¹¹⁾. Nesse contexto, questiona-se: qual a concepção do enfermeiro e do familiar de paciente sobre o suporte religioso e espiritual no cuidado crítico?

Dessa forma, buscou-se avaliar o suporte religioso e espiritual em cuidados críticos na concepção de familiares de pacientes e enfermeiros.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo transversal exploratório e descritivo, norteado pelas diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹²⁾.

CENÁRIO

O cenário do estudo compreendeu duas UTIs adulto de média e alta complexidade, integradas a dois hospitais públicos terciários do Sistema Único de Saúde (SUS) localizados nas regiões Oeste e Sudoeste do Distrito Federal, Brasil.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de todos os enfermeiros e familiares de pacientes internados na UTI dos hospitais. A amostra foi não probabilística por conveniência e constituída por 22 enfermeiros e 61 familiares de paciente, compondo no total 83 participantes.

Foram incluídos os profissionais de enfermagem (enfermeiros assistenciais, residentes de enfermagem e enfermeiros gerentes) atuantes no cenário de cuidados intensivos há pelo menos 3 meses e os familiares dos pacientes internados por pelo menos 48 horas na UTI, maiores de 18 anos e que visitaram o paciente pelo menos uma vez durante internação na UTI. Considerou-se familiar do paciente o indivíduo que, durante o período de coleta de dados, realizou ao menos uma visita hospitalar e possuía algum grau de parentesco com o paciente internado na unidade.

Foram excluídos os profissionais de férias ou em licença trabalhista e os familiares que expressaram qualquer constrangimento com a proposta do estudo e que não caracterizaram o perfil de ajuste emocional, reconhecido como pensamento ou comportamento de lidar, de forma adaptativa, com a experiência emocional momentânea⁽¹³⁾, conforme avaliação da psicóloga do serviço de psicologia da UTI de ambas instituições.

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2020 pelo investigador principal e por dois estudantes da área da saúde após orientação e treinamento. As variáveis pesquisadas foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão

(familiar), grau de parentesco do familiar (filho, cônjuge, irmão, mãe, tio), ocupação atual (familiar), tempo e período de atuação profissional (enfermeiro), local de formação (enfermeiro), religião (familiar e enfermeiro), religiosidade/espiritualidade (familiar e enfermeiro).

A abordagem dos profissionais de enfermagem para aplicação dos questionários ocorreu pré ou pós-plantão, conforme disponibilidade. Em relação aos familiares, inicialmente foi realizada avaliação pela psicóloga do setor com objetivo de oferecer suporte emocional, conforme necessidade. A abordagem ao familiar ocorreu em ambiente privativo (sala do setor) e as respostas obtidas foram registradas em tempo real pelo próprio pesquisador tanto nos momentos que antecederam a visita ou mesmo a *posteriori*, conforme preferência e disponibilidade do familiar, considerando situações de baixo letramento, deficiência sensorial, deficiência intelectual.

A espiritualidade e o cuidado espiritual dos enfermeiros foram avaliados por meio da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS)⁽¹⁴⁾, com adaptação transcultural e tradução para a língua portuguesa brasileira em 2015⁽¹⁵⁾. A SSCRS possui validade interna descrita pelo alfa de Cronbach 0,733, considerado aceitável, e é constituída de 5 partes (A, B, C, D e E).

Da SSCRS foram utilizadas as partes A (constituída de duas questões) e B (constituída de cinco questões), ambas compostas por variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos e profissionais. Para responder a pergunta do estudo também se aplicaram 5 questões da parte C direcionada à abordagem espiritual (**Qa** (acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado), **Qb** (eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado), **Qg** (acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade), **Qk** (acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas), e **Qn** (acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes), referentes ao fator *Cuidado Espiritual* da escala), originalmente constituída de 17 afirmações com opções tipo Likert de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente a 5 concordo totalmente e as sete questões que verificam a opinião do participante (enfermeiro) quanto ao cuidado espiritual e as suas características essenciais durante a oferta holística do cuidado.

Para obtenção das considerações dos familiares acerca do atendimento às necessidades espirituais e religiosas do paciente foi elaborado, pelos próprios pesquisadores, sem validação por juízes, um questionário estruturado baseado em evidências científicas^(16,17) em razão da ausência de escala validada direcionada à abordagem religiosa/espiritual do familiar do paciente crítico que respondesse ao objetivo deste estudo. A primeira parte do questionário constituiu-se de

itens sobre as características sociodemográficas, além de oito questões do tipo Likert de 5 pontos, variando de 1, discordo totalmente, a 5, concordo totalmente, sobre: (Q1) O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade; (Q2) a visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros), de acordo com a crença religiosa do meu familiar, poderia trazer conforto para mim e para o meu parente; (Q3) os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez o suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante este período de internação; (Q4) os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros; (Q5) acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis; (Q6) considero a oração como parte do cuidado; (Q7) acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família; e (Q8) que ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex. capela) traga conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva por meio do cálculo da média, desvio padrão, mediana, percentil 25 e 75, frequências relativa e absoluta. O teste de Kolmogorov Smirnov foi realizado para verificação de normalidade da amostra. Para avaliação das associações aplicaram-se os testes não paramétricos Mann-Whitney e Exato de Fisher, conforme apropriado. Em todos os casos, considerou-se como critério de significância estatística valor- $p \leq 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília (UnB) em 7 de novembro de 2019 por meio do Parecer n.º 3.692.147 e também pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), parecer n.º 3.755.560, de 10 de dezembro de 2019, em conformidade com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram 22 enfermeiros no total, sendo 11 do hospital A e 11 do hospital B. Em relação aos familiares, havia 34 (55,7%) da UTI A e 27 (44,3%) da UTI B. A maioria dos profissionais (77,3%) e familiares (60,7%) era do sexo feminino, sendo relativamente jovens entre 35 (31–38) anos e 39 (35–49) anos, respectivamente (Tabela 1).

O grau de parentesco mais frequentemente declarado entre os familiares durante a visita foi de filho ($n = 22$;

36,1%) e de irmãos (n = 12; 19,7%). No que se refere a religião, a maioria dos familiares, em relação aos evangélicos (n = 21; 34,4%), declarou-se católica (n = 32; 52,5%), conforme Tabela 1. Uma minoria pertencia a outras religiões (n = 5; 8,2%) ou se autodeclararam laicos (n = 3; 4,9%).

Os temas religiosidade e espiritualidade foram abordados durante a formação de mais da metade dos enfermeiros (n = 15; 68,2%), sendo a maioria autodeclarada como católica (n = 14; 63,6%). A necessidade espiritual foi reconhecida

na prática clínica pelos enfermeiros como uma demanda dos pacientes (n = 20; 90,9%) e mais da metade desses profissionais se declararam aptos para oferecer esse suporte (n = 14; 63,6%). Do total de enfermeiros, 72,7% elencaram os familiares, os amigos e o líder religioso, além da equipe multidisciplinar, como responsáveis por oferecer cuidado espiritual.

A oferta de cuidado espiritual foi declarada importante tanto pela demonstração de bondade, preocupação e

Tabela 1 – Distribuição da amostra de enfermeiros e familiares de acordo com as características sociodemográficas e profissionais – Brasília, DF, Brasil, 2020.

| Variável | Grupo enfermeiros (n = 22) | | Variável | Grupo familiares (n = 61) | |
|--|----------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------|-------------|
| | n (%) | Med (25–75) | | n (%) | Med (25–75) |
| Sexo | | | Sexo | | |
| Feminino | 17 (77,3) | – | Feminino | 37 (60,7) | – |
| Masculino | 5 (22,7) | – | Masculino | 24 (39,3) | – |
| Idade (anos) | – | 35 (31–38) | Idade | – | 39 (35–49) |
| Cargo/Função ocupada | | | Ocupação | | |
| Enfermeiro assistencial | 17 (77,3) | – | Desempregado | 15 (24,6) | – |
| Enfermeiro residente | 4 (18,2) | – | Professor | 6 (9,8) | – |
| Chefe/Supervisor | 1 (4,5) | – | Técnico | 5 (8,2) | – |
| Tempo de atuação na UTI^a | – | 7,0 (1,8–9,3) | Outros | 35 (57,3) | – |
| Tempo de atuação na profissão^a | – | 10 (6,5–14) | Grau de parentesco | | |
| Instituição de formação | | | Filho | 22 (36,1) | – |
| Pública | 9 (40,9) | – | Irmão | 12 (19,7) | – |
| Privada | 13 (59,1) | – | Outros | 27 (44,2) | – |
| Turno de atuação | | | Estado civil | | |
| Manhã | 2 (9,1) | – | Solteiro | 15 (24,6) | – |
| Tarde | 1 (4,5) | – | Casado e união estável | 42 (68,8) | – |
| Noite | 2 (9,1) | – | Outros | 4 (6,6) | – |
| Manhã, tarde e noite | 7 (31,8) | – | Nível de instrução | | |
| Tarde e noite | 3 (13,6) | – | Ensino médio completo | 23 (37,7) | – |
| Manhã e tarde | 7 (31,8) | – | Ensino superior completo | 25 (40,9) | – |
| Carga horária (horas) | – | 40 (20–49) | Outros | 13 (21,3) | – |

Nota: ^a Tempo em anos.

Tabela 2 – Correlação do sexo dos profissionais enfermeiros (n = 22) e as questões da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) – Brasília, DF, Brasil, 2020.

| Questões | Sexo | | Valor-p* |
|--|-------------------|-------------------|--------------|
| | Masculino (n = 5) | Feminino (n = 17) | |
| | Med (25–75) | Med (25–75) | |
| Qa Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado. | 4 (4–5) | 4 (3–5) | 0,9 |
| Qb Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado. | 4 (4–4) | 5 (4–5) | 0,048 |
| Qg Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente em tempos de necessidade. | 4 (3–4) | 5 (4–5) | 0,1 |
| Qk Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas. | 4 (4–4) | 4 (4–5) | 0,9 |
| Qn Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes. | 4 (4–5) | 5 (4–5) | 0,5 |

Nota: *Teste Mann-Whitney.

alegria por 13 (59,1%) dos enfermeiros, como pelo respeito a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes (n = 12; 54,5%).

O cuidado espiritual com dedicação de tempo ao paciente e oferta de suporte, especialmente em tempos de necessidade, foi relatado como possível por 10 (45,5%) dos enfermeiros, assim como o planejamento da visita pelo capelão do hospital ou líder religioso, conforme solicitação do próprio paciente.

Nas questões relacionadas ao cuidado espiritual da SSCRS, o sexo dos enfermeiros interferiu significativamente na concepção sobre a oferta do cuidado espiritual com bondade, preocupação, alegria (p = 0,048) (Tabela 2).

Do total de familiares (n = 61), 56 (91,8%) concordaram totalmente que a oração representa parte do cuidado e 54 (88,5%) que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis. Mais da metade (n = 53; 86,9%) dos familiares concordaram que o suporte religioso/espiritual se caracteriza como fonte de apoio para si mesmo e para o seu familiar em situação de hospitalização por enfermidade. Foi reconhecido pela maioria dos familiares (n = 45; 73,8%) que a visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros), de acordo com a sua crença religiosa pode proporcionar alguma forma de conforto (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição dos familiares conforme o questionário de suporte espiritual e religioso (n = 61) – Brasília, DF, Brasil, 2020.

| Questões | DT | D | NC | C | CT |
|---|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Q1 O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade. | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,6) | 7 (11,5) | 53 (86,9) |
| Q2 A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar poderia trazer conforto para mim e para o meu parente. | 2 (3,3) | 2 (3,3) | 4 (6,6) | 8 (13,1) | 45 (73,8) |
| Q3 Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre o suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante este período de internação. | 44 (72,1) | 1 (1,6) | 11 (18,0) | 3 (4,9) | 2 (3,3) |
| Q4 Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros. | 5 (8,2) | 5 (8,2) | 13 (21,3) | 17 (27,9) | 21 (34,4) |
| Q5 Acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis | 1 (1,6) | 0 (0,0) | 2 (3,3) | 4 (6,6) | 54 (88,5) |
| Q6 Considero a oração como parte do cuidado. | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (8,2) | 56 (91,8) |
| Q7 Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família. | 2 (3,3) | 3 (4,9) | 3 (4,9) | 14 (23,0) | 39 (63,9) |
| Q8 Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex. capela) que traga conforto a mim durante o período de internação do meu familiar. | 5 (8,2) | 2 (3,3) | 3 (4,9) | 5 (8,2) | 45 (75,0) |

Nota: DT – discordo totalmente; D – discordo; NT – não tenho certeza; C – concordo; CT – concordo totalmente.

Tabela 4 – Correlação da religião dos familiares em relação a visão sobre o suporte religioso/espiritual – Brasília, DF, Brasil, 2020.

| Questões | Religião | | Valor-p* |
|---|-------------------|---------------------|----------|
| | Católica (n = 32) | Evangélica (n = 21) | |
| | Med (25–75) | Med (25–75) | |
| Q1 O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade. | 5 (5–5) | 5 (5–5) | 0,9 |
| Q2 A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar poderia trazer conforto para mim e para o meu parente. | 5 (5–5) | 5 (5–5) | 0,7 |
| Q3 Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre o suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante este período de internação. | 1 (1–2) | 1 (1–1) | 0,8 |
| Q4 Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros. | 4 (3–5) | 4 (3–5) | 0,9 |
| Q5 Acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis | 5 (5–5) | 5 (5–5) | 0,7 |
| Q6 Considero a oração como parte do cuidado. | 5 (5–5) | 5 (5–5) | 0,8 |
| Q7 Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família. | 5 (4–5) | 5 (4–5) | 0,1 |
| Q8 Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex. capela) que traga conforto a mim durante o período de internação do meu familiar. | 5 (5–5) | 5 (3–5) | 0,06 |

Nota: *Teste Mann-Whitney.

Familiares casados ou em união estável na avaliação do suporte espiritual e religioso concordaram que a visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) pode proporcionar conforto significativo para si próprio e para o seu familiar hospitalizado ($p = 0,04$), além de reconhecerem que a oração representa parte significativa do cuidado ($p = 0,02$). Ademais, os familiares desempregados reconheceram a espiritualidade e religiosidade como estratégia de ajuda para enfrentamento de momentos difíceis ($p = 0,04$). A Tabela 4 mostrou que a avaliação de suporte espiritual não foi influenciada pelas diferenças de religião entre os familiares ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Os achados mostram que, predominantemente, enfermeiras com tempo de atuação acima de cinco anos declaram-se mais dispostas para oferecer o cuidado espiritual ($p = 0,048$), ainda que exponham o tempo como uma barreira nesse processo ($p = 0,03$). A ausência de um plano integrado que contemple o cuidado espiritual como parte do plano de cuidado intensivo diário tem se revelado um dos motivos que afeta a incorporação do cuidado espiritual no processo diário do cuidar⁽¹⁸⁾. O fator temporal não deve ser subestimado, considerando que, em sua análise, enfermeiros o reconheceram como potencial gerador de restrições na aptidão do profissional enfermeiro para o acompanhamento das necessidades espirituais e religiosas ($p = 0,03$).

O conhecimento sobre cuidados espirituais foi reconhecido como insuficiente pelos enfermeiros; entretanto, declararam que o tema religiosidade/espiritualidade está presente durante o processo de formação acadêmica. Ainda assim, mais da metade (63,5%) dos enfermeiros intensivistas informaram aptidão para o fornecimento da assistência espiritual como uma modalidade de cuidado no âmbito crítico. Vale ressaltar que a insuficiência de conteúdos formativos que integrem aspectos biológicos e suporte espiritual como parte do cuidado diário pode comprometer o cuidado holístico, considerando que diretrizes recomendam o apoio espiritual como parte do cuidado aos pacientes críticos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A conformação integrada da assistência espiritual pela equipe multidisciplinar é uma das vertentes do cuidado destacada pelo Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual, no qual se reúnem profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais) e também cuidadores espirituais (capelães)⁽²⁰⁾. No presente estudo, por exemplo, enfermeiros, independentemente de sua prática religiosa, declararam a importância do capelão no cuidado espiritual ($p = 0,04$) para promoção de orações ($p = 0,02$) reconhecidas como impactantes para o enfrentamento, alcance da felicidade e bem-estar geral⁽²¹⁾ e como interface da linha de cuidado e da abordagem familiar⁽²⁰⁾.

Os achados mostraram que familiares, além de reconhecerem a importância da disponibilidade do profissional para oferecer suporte religioso e espiritual como estratégia de apoio durante a internação do paciente crítico, também ressaltaram a visita de algum provedor espiritual como estratégia de conforto no processo de cuidar. Estudo quase-experimental conduzido nos Estados Unidos da América

(EUA), ao avaliar o impacto do cuidado espiritual promovido pelo capelão hospitalar em pacientes adultos da UTI em ventilação mecânica, concluiu que o cuidado espiritual funciona como medida atenuadora da ansiedade e do estresse durante e após internação em UTI; sendo assim, no contexto da UTI, o serviço de capelania tem se mostrado auxiliar para enfrentamento dos familiares à doença ou à morte⁽²²⁾.

Não raro, a perspectiva espiritual e religiosa ocupa posição singular na vida das pessoas, sendo, portanto, importante o reconhecimento dessa dimensão para o planejamento do cuidado no campo daquele que é assistido⁽²³⁾ e como indicador de qualidade da assistência prestada⁽²⁴⁾. No presente estudo, a maioria dos familiares concordou que o suporte espiritual/religioso se configura como fonte significativa de apoio para enfrentamento de momentos difíceis ($p = 0,04$).

Um estudo nacional, conduzido no estado de São Paulo, investigou o nível de conforto e coping religioso/espiritual de 96 familiares de pacientes internados em UTI adulto e de 70 internados em UTI pediátrica e não mostrou a religiosidade/espiritualidade como fatores que contribuem significativamente para o familiar enfrentar situações críticas de parentes internados em UTI⁽²⁵⁾. No entanto, os achados do atual estudo revelaram que 88,5% dos familiares, inclusive aqueles que se declararam desempregados ($p = 0,04$) ao menos consideraram a espiritualidade/religiosidade como uma estratégia de enfrentamento perante ocasiões de internação de parentes em unidade de cuidado crítico. Sobretudo, estudo de revisão destaca que a capacidade de enfrentamento traduz-se em bem-estar emocional e qualidade de vida⁽²⁶⁾.

As orientações religiosas diferem entre as pessoas, assim como as formas de expressar as convicções religiosas⁽²¹⁾, mas, independentemente disso, a percepção dos familiares sobre o fornecimento de apoio espiritual e religioso no cenário de cuidado crítico não se mostrou significativamente influenciável pela prática de diferentes tipos de religião. Estudo que descreveu como familiares e profissionais de saúde experientiam a espiritualidade no cuidado intensivo através de um programa de atendimento a desejos do paciente, da família e de profissionais revelou a valorização de ações de suporte espiritual pela família e também para além do contexto religioso⁽²⁷⁾. Seguramente, o atendimento das necessidades espirituais tem se revelado como medida pró enfrentamento e recuperação do paciente⁽²⁸⁾.

A espiritualidade familiar expressa fortalecimento da saúde familiar, promovendo compromisso familiar, melhora do bem-estar emocional, desenvolvimento de novos comportamentos saudáveis e experiências de cura⁽²⁹⁾. Familiares casados ou em união estável na avaliação do suporte espiritual e religioso, na atual investigação, concordaram que a visita de um provedor espiritual pode proporcionar conforto significativo para si próprio e para o seu familiar hospitalizado ($p = 0,04$), além de reconhecerem a oração como parte do cuidado ($p = 0,02$).

Os achados desse estudo corroboram a importância da atenção para essa esfera de cuidado no ambiente intensivo, correspondendo a uma abordagem integral de assistência ao paciente crítico, considerando a multifatorialidade de

condições presentes nesse cenário e portanto, a necessidade de integração do processo de cuidar.

As limitações do estudo estão relacionadas a escassez de instrumentos que avaliam especificamente a percepção sobre suporte espiritual/religioso do familiar do paciente crítico. O fato de a pesquisa ter sido realizada em apenas dois centros limita a generalização dos achados. E a sua natureza transversal dificulta estabelecer relações causais. A escassez de estudos nacionais que contemplem a temática em âmbito intensivo restringiu uma discussão mais ampla para a realidade brasileira. Não pretendendo esgotar a temática se reconhece como fundamental a realização de mais investigações a fim de conhecer os mecanismos pelos quais o suporte espiritual/religioso influencia o cuidado intensivo. Por outro lado, os achados destacam a relevância dessa esfera do cuidado crítico como instrumento de enfrentamento do processo saúde-doença.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o suporte religioso e espiritual em cuidados críticos na concepção de familiares de pacientes e enfermeiros. **Método:** Estudo quantitativo transversal realizado com enfermeiros e familiares de pacientes internados na terapia intensiva. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicado questionário sobre religiosidade e espiritualidade para os familiares e aos enfermeiros a escala *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*. Foram significativos os resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Amostra composta de enfermeiros intensivistas ($n = 22$) e familiares ($n = 61$). Os enfermeiros intensivistas declararam que podem oferecer cuidado espiritual ($p = 0,03$). Dos familiares, 88,5% acreditaram que a religiosidade e a espiritualidade auxiliam no enfrentamento de momentos difíceis, destacando a oração como parte do cuidado na assistência ao paciente crítico ($p = 0,02$). **Conclusão:** Enfermeiros e familiares reconheceram o suporte religioso/espiritual como significativo ao processo de cuidar dos pacientes críticos, ainda que para os enfermeiros seja vigente a necessidade de qualificação profissional para maior integração desse suporte no cuidado intensivo diário.

DESCRITORES

Unidade de Terapia Intensiva; Família; Espiritualidade; Humanização da Assistência; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el soporte religioso y espiritual en cuidados críticos en la concepción de familiares de pacientes y enfermeros. **Método:** Estudio cuantitativo transversal realizado con enfermeros y familiares de pacientes hospitalizados en UCIs. Se recolectaron datos sociodemográficos y se realizó una encuesta sobre religiosidad y espiritualidad a los familiares y los enfermeros a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*. Fueron significativos los resultados con $p \leq 0,05$. **Resultados:** Muestra compuesta de enfermeros intensivistas ($n = 22$) y familiares ($n = 61$). Los enfermeros intensivistas declararon que pueden ofrecer cuidado espiritual ($p = 0,03$). Entre los familiares, 88,5% creyeron que la religiosidad y la espiritualidad auxilian en el enfrentamiento de momentos difíciles, destacaron la oración como parte del cuidado en la asistencia al paciente crítico ($p = 0,02$). **Conclusión:** Enfermeros y familiares reconocieron el soporte religioso/espiritual como significativo en el proceso de cuidado a los pacientes críticos, aunque a los enfermeros sea vigente la necesidad de calificación profesional para mayor integración de ese soporte en el cuidado intensivo diario.

DESCRIPTORES

Unidades de Cuidados Intensivos; Familia; Espiritualidad; Humanización de la Atención, Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, de Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care*. 2021;1-19. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/nicc.12645>.
2. Giske T, Cone PH. Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2021 Mar 13];24(19-20):2926-35. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12907>.
3. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1040-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>.
4. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient – Patient-Centered Outcomes Res*. 2019;12(5):461-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>.
5. Lima AA, Jesus DS de, Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2018;28(3):1-15. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>.
6. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *J Crit Care*. 2020;57:55-78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2020.01.026>.
7. Nunez ER, Villa G, McFadden R, Palmisciano A, Lanini I, O'Mahony S, et al. Differences in Family Involvement in the Bedside Care of Patients in the ICU Based on Self-Identified Race. *Crit Care Explor*. 2021;3(3):e0365. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/cce.0000000000000365>.

8. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajjzadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019;23(1):32. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>.
9. Pilger C, Macedo JQ de, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Perception of nursing team of an intensive care unit about spirituality and religiousness. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2014;13(3):479. DOI: <https://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v13i3.19788>.
10. Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Sci Rep [Internet]*. 2018 [citado 2021 Mar 13];8(1):17233. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41598-018-35380-w>.
11. Alsharari A. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:465-73. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S197769>.
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573. DOI: <https://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>.
13. Carver CS. Self-regulation of action and affect. In: Baumeister RF, Vohs KD, editores. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications [Internet]*. New York: The Guilford Press; 2004 [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2004-00163-001>.
14. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(7):723-34. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7).
15. Vasques RCY. Validação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale para a enfermagem brasileira [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
16. Silva MJP da, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em UTI. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC da, Kimura M, Watanabe M, editores. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2016. p. 1251-2.
17. Neves JL, Schwartz E, Guanilo MEE, Amestoy SC, Mendieta MC, Lise F. Evaluation of the satisfaction of families of patients cared for intensive therapy units: integrative review. *Texto Context – Enferm*. 2018;27(2):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001800016>.
18. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Janssen L, Foudraire N. Spiritual Care in the ICU: Perspectives of Dutch Intensivists, ICU Nurses, and Spiritual Caregivers. *J Relig Health*. 2018;57(2):583-95. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0457-2>.
19. Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ezeji-Okoye SC, Kushner WG. Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *J Intensive Care Med*. 2018;33(5):279-87. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0885066617712677>.
20. Hefti R, Esperandio MRG. The Interdisciplinary Spiritual Care Model – A holistic Approach to Patient Care. *Horizonte*. 2016;14(41):13. DOI: <https://dx.doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p13>.
21. Poloma MM, Pendleton BF. The Effects of Prayer and Prayer Experiences on Measures of General Well-Being. *J Psychol Theol [Internet]*. 1991 [citado 2021 Mar 13];19(1):71-83. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009164719101900107>.
22. Berning JN, Poor AD, Buckley SM, Patel KR, Lederer DJ, Goldstein NE, et al. A Novel Picture Guide to Improve Spiritual Care and Reduce Anxiety in Mechanically Ventilated Adults in the Intensive Care Unit. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(8):1333-42. DOI: <https://dx.doi.org/10.1513/AnnalsATS.201512-831OC>.
23. Oliveira RM, Santos RMM, Yarid SD. Spirituality/religiosity and HumanizaSUS in Family Health Units. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2018;31(1):1-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.6524>.
24. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):211-9. DOI: <http://doi.wiley.com/10.1111/inr.12099>.
25. Meneguín S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;58:102805. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102805>.
26. Fitchett G. Recent Progress in Chaplaincy-Related Research. *J Pastor Care Couns Adv theory Prof Pract through Sch reflective Publ [Internet]*. 2017 [citado 2021 Mar 13];71(3):163-75. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1542305017724811>.
27. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, Rose T, Hand-Breckenridge T, Boyle A, et al. Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med [Internet]*. 2017 [citado 2021 Mar 13];195(2):198-204. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201606-1102OC>.
28. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*. 2019;90(4-S):44-55. DOI: <https://dx.doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>.
29. Kim SS, Kim-Godwin YS, Koenig HG. Family Spirituality and Family Health Among Korean-American Elderly Couples. *J Relig Health*. 2016;55(2):729-46. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-015-0107-5>.

