

SAÚDE E AMBIENTE

V.9 • N.1 • 2022 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2022v9n1p131-145



SUPOORTE ESPIRITUAL E RELIGIOSO OFERTADO A PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEUS FAMILIARES

SPIRITUAL AND RELIGIOUS SUPPORT OFFERED TO PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT AND THEIR FAMILIES

APOYO ESPIRITUAL Y RELIGIOSO OFRECIDO A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y A SUS FAMILIAS

Thiago de Jesus Santos¹

Maria Júlia Oliveira Ramos²

Jussiely Cunha Oliveira³

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro⁴

RESUMO

A espiritualidade e a religiosidade são importantes dimensões do ser humano, que auxiliam a lidar com estresse, raiva ou saudades e contribuem para a manutenção de sentimentos e emoções positivas, favorecendo o enfrentamento de doenças. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o suporte ofertado pelos profissionais nas dimensões espirituais/religiosas aos pacientes internados nas unidades de terapias intensivas e seus familiares. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com base na questão: “qual o tipo de suporte nas dimensões espiritual e religiosa são ofertados aos pacientes internados em unidades de terapias intensivas e aos seus familiares?” Os descritores e seus sinônimos selecionados para a estratégia de busca foram *Spirituality; Religion; Patients; e Family*, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), EMBASE e SCOPUS. Foram feitas análises de evidência e temática, baseado no método qualitativo de Análise de Conteúdo de Bardin. No total, incluiu-se dez artigos, dos quais 90% apresentavam qualidade de evidência nível 5. Da Análise de Conteúdo, surgiram três núcleos temáticos: Desafios; Sentimentos e emoções; Potencialidades e melhorias. A partir da discussão dos artigos, percebeu-se que o suporte nas dimensões espirituais e religiosas oferecidos aos pacientes internados em UTIs e seus familiares é feito, principalmente, pela detecção de sofrimento espiritual, com o fornecimento de escuta ativa e comunicação eficaz, junto da avaliação de sinais emocionais e comportamentais.

PALAVRAS-CHAVE

Espiritualidade. Religião e Medicina. Família. Pacientes. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The spirituality and religiosity are important dimensions of the human, what aids to with the stress, angry or missing and contribute to the management of positives feelings and emotions, advancing the disease's coping. Forthere, the objective of the search was evaluate the support offered in the spiritual/religious dimensions to patients in intensive care units and their families. It was made an integrative literature review, based on the question: "what type of support in the spiritual and religious dimensions are offered to patients hospitalized in intensive care units and their families?". The descriptors and their synonyms selected for the search strategy were *Spirituality; Religion; Patients; e Family*, in the following databases: National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), EMBASE and SCOPUS. Evidence and your thematics analyses were performed, based on the qualitative method of Content Analyses of Bardin. Ten articles were included, of which 90% had level 5 evidence quality. From the Content Analysis, three thematic issues emerged: Challenges; Feelings and emotions; Potential and improvements. The discussion of the articles, it was noticed that the support in the spiritual and religious dimensions offered to patients hospitalized in ICUs and their families is done, mainly, by the detection of spiritual suffering, with the provision of active listening and effective communication, together with the assessment of emotional and behavioral signs.

KEYWORDS

Spirituality; Religion and Medicine; Family; Patients; Intensive Care Units

RESUMEN

La espiritualidad y la religiosidad son dimensiones importantes del ser humano, que ayudan a lidiar con el estrés, la ira o la nostalgia y contribuyen al mantenimiento de sentimientos y emociones positivas, favoreciendo el enfrentamiento a las enfermedades. Así, el objetivo de esta investigación fue evaluar el apoyo ofrecido por profesionales en las dimensiones espiritual/religiosa a pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y sus familias. Se realizó una revisión integrativa de la literatura, a partir de la pregunta: "¿Qué tipo de apoyo en las dimensiones espiritual y religiosa se

ofrecen a los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y sus familias?”. Los descriptores y sus sinónimos seleccionados para una estrategia de búsqueda fueron: Espiritualidad; Religión; pacientes; y Familia, en las siguientes bases de datos: Biblioteca Nacional de Medicina (Pub-Med), Biblioteca Científica Electrónica (SCIELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), EMBASE y SCOPUS. Se realizaron análisis de evidencias y temáticos, basados en cualquier método cualitativo del Análisis de Contenido de Bardin. En total, fueron incluidos diez artículos, de los cuales el 90% tenían calidad de evidencia nivel 5. Del Análisis de Contenido surgieron tres áreas temáticas: Desafíos; Sentimientos y emociones; Potencialidades y mejoras. A partir de la discusión de los artículos, se percibió que el apoyo en las dimensiones espiritual y religiosa que se ofrece a los pacientes internados en UCI y a sus familias se realiza principalmente a través de la detección del sufrimiento espiritual, con provisión de escucha activa y comunicación efectiva, junto con la evaluación de signos emocionales y conductuales.

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad, Religión y Medicina; Familia; Pacientes; Unidades de Cuidados Intensivos.

1 INTRODUÇÃO

O processo de humanização dos serviços de saúde considera a influência da subjetividade no prognóstico e integralidade do cuidado. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) objetiva difundir a prática da humanização nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), levando profissionais de saúde a terem um olhar mais holístico e ampliado da saúde, para além da doença (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Para isso é necessário que a assistência na saúde seja voltada para as particularidades do usuário com inclusão daqueles que fazem parte de seu convívio familiar, no processo de recuperação e manutenção dos seus estados de saúde (GÓES; CROSSETTI, 2020).

Não obstante, a pluralidade de culturas e crenças religiosas influenciam na percepção e consequente reação dos pacientes e familiares quanto ao processo de saúde-doença. Entre os aspectos individuais que interferem no prognóstico e cotidiano de pacientes, familiares e profissionais, a religiosidade/espiritualidade é um fator a ser considerado, uma vez que processos de luto, perdas, medo do desconhecido, dificuldade da aceitação tanto pelo paciente quanto pelos familiares, ansiedade e solidão podem ser suavizados com auxílio de práticas espirituais e religiosas (ROZE DES ORDONS *et al.*, 2020).

Dessa forma o sofrimento mental e espiritual/religioso é evidenciado por sentimentos e emoções negativas, tais como medo e angústia, visto que no ambiente hospitalar, distante do convívio familiar e em condições críticas de saúde, a internalização, as relações familiares, o cotidiano e percepções sobre si próprio são alterados de maneira negativa (PINHO *et al.*, 2017).

A espiritualidade, que é voltada às crenças do ser independente de instituições religiosas, e a religiosidade, que trata das crenças segundo dogmas, rituais e regras próprias, são importantes não só para a vida no geral, mas também para auxiliar as pessoas a lidar com o estresse, raiva ou saudades (GÓES; CROSSETTI, 2020). Elas contribuem para a manutenção de sentimentos e emoções positivas, que favorecem o enfrentamento de doenças, além estarem associadas com melhores índices de saúde e redução da ansiedade e depressão (ANDRETTA *et al.*, 2018).

A crença espiritual e religiosa servem como fonte primária de compreensão no estado saúde-doença e no cenário de cuidados críticos e complexos, como a Unidade de Terapia Intensiva, a espiritualidade e religiosidade se destacam, por ser uma forma de suporte, frente as dúvidas e incertezas (VALE; LÍBERO, 2017), colaboram no processo de recuperação do paciente, proporcionando melhoria na relação médico-paciente e qualidade de vida, melhor saúde psicológica, e funcionamento físico e cognitivo, redução da ansiedade, além de estabelecer fortalecimento da esperança e apoio social (BRAVIN *et al.*, 2019).

O processo de adoecimento e hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz com que pacientes e familiares convivam com um ambiente cercado de equipamentos eletrônicos, muitas vezes desconhecidos, além do estigma de ser uma unidade de pacientes graves com risco de morte. Além disso, as visitas na UTI são restritas, com horários limitados e é comum não permitir a permanência de acompanhante, assim o isolamento ou distanciamento do paciente e família, desencadeiam desgaste físico e mental (LUIZ *et al.*, 2017).

Todavia os profissionais que atuam com cuidados críticos nem sempre são capacitados para oferecer suporte mental, espiritual e emocional fundamentais às necessidades dos pacientes e seus familiares, de forma que as principais barreiras para eles são a acolhida, comunicação, questões éticas e a divergência de espiritualidades e religiões (GORDON *et al.*, 2018).

Embora estudos primários e de revisão demonstrem os benefícios da espiritualidade e religiosidade relacionado à assistência em saúde, evidencia-se que muitos são limitados a grupos específicos de pacientes, como as crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), pacientes em fim de vida ou sob cuidados oncológicos (BALBONI *et al.*, 2015; HATHAWAY *et al.*, 2021; RIPARDO *et al.*, 2021), além de não averiguarem os benefícios aos familiares.

Nesse contexto, o desenvolvimento desta investigação busca contribuir para sanar essas lacunas de conhecimento, buscando evidências sobre espiritualidade e religiosidade em unidades de terapia intensiva para profissionais, pacientes e familiares. Logo o objetivo foi avaliar os suportes ofertados nas dimensões espirituais/religiosas aos pacientes internados nas unidades de terapias intensivas e seus familiares.

2 MÉTODO

Revisão integrativa da literatura conduzida pelas etapas: 1) identificação da questão; 2) identificação de estudos relevantes; 3) seleção de estudos; 4) extração de dados e 5) Análise e apresentação de dados (SOUZA *et al.*, 2010)

Para identificação da questão, foi utilizada a estratégia PIO que representa um acrônimo para Paciente (P), Intervenção (I), Desfecho (O), que considerou P- pacientes e familiares em unidades de terapia intensiva; I- suportes espirituais/religiosos; O- tipos de suporte. Assim a pergunta desta revisão foi “quais os tipos de suporte nas dimensões espirituais/religiosas são ofertados aos pacientes internados em unidades de terapias intensivas e aos seus familiares?”.

A identificação de estudos relevantes foi realizada até o dia 08 de fevereiro de 2021 e utilizou os descritores e palavras-chaves: “Spirituality”; “Religion”; “Helping Behavior”; “Patients”; “Family”; “Family Relations” e “Intensive Care Units”, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), EMBASE e SCOPUS. Para as estratégias de busca foram empregados os descritores: “Espiritualidade”; “Religião”, “Família” e “Unidade de Terapia Intensiva” e seus sinônimos, em português e inglês, combinados por “AND” e “OR” (PEREIRA; GALVÃO, 2014) (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégia de busca da pesquisa.

Base de Dados	Estratégia de busca	Quantidade de artigos
PubMed	((("Spirituality"[Mesh]) OR "Helping Behavior"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]) OR "Family Relations"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]	925
Scielo	TÓPICO: (Spirituality) AND TÓPICO: (Patients) OR TÓPICO: (Family) AND TÓPICO: ("Family Relations") AND TÓPICO: ("Intensive Care Units")	215
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (spirituality) AND TITLE-ABS-KEY ("Patients") OR TITLE-ABS-KEY ("Family") OR TITLE-ABS-KEY ("Family Relations") AND TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units"))	133
LILACS	(Spirituality) or "spirituality" [Subject descriptor] and ("patients") or "family" [Subject descriptor] and "intensive care units" [Subject descriptor]	27
EMBASE	'religion'/exp AND 'patient'/exp AND 'family'/exp AND 'intensive care unit'/exp	33
Total		1.333

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram incluídos nesta revisão: estudos sobre pacientes adultos criticamente enfermos e seus familiares, quantitativos, qualitativos, primários e secundários, sem restrições quanto ao ano de publicação e ao idioma. Teve-se como critérios de exclusão: *guidelines*, estudos duplicados, focados em terminalidades, cuidados paliativos, câncer, relacionados a unidades de terapias intensivas neonatais ou pediátricas.

Posteriormente, de forma independente, dois revisores, analisaram e aplicaram os critérios de inclusão e exclusão e as discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor.

Os dados extraídos foram organizados com informações de autoria primeiro autor, ano e país, desenho e objetivo do estudo, população estudada e principais resultados. Uma vez que os dados foram sintetizados procedeu-se à análise e apresentação de dados.

A qualidade das evidências dos artigos incluídos foi classificada em: nível 1 - evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - estudo individual com delineamento experimental; nível 3 - estudo com delineamento quase-experimental; nível 4 - estudo com delineamento não-experimental, pesquisa descritiva e qualitativa ou estudos de caso; nível 5: - relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6 - opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais (GALVÃO *et al.*, 2003) e na sequência foi feita análise temática (CAVALCANTE *et al.*, 2014) que foram discutidos a luz da literatura, com foco na pergunta e objetivo desta revisão.

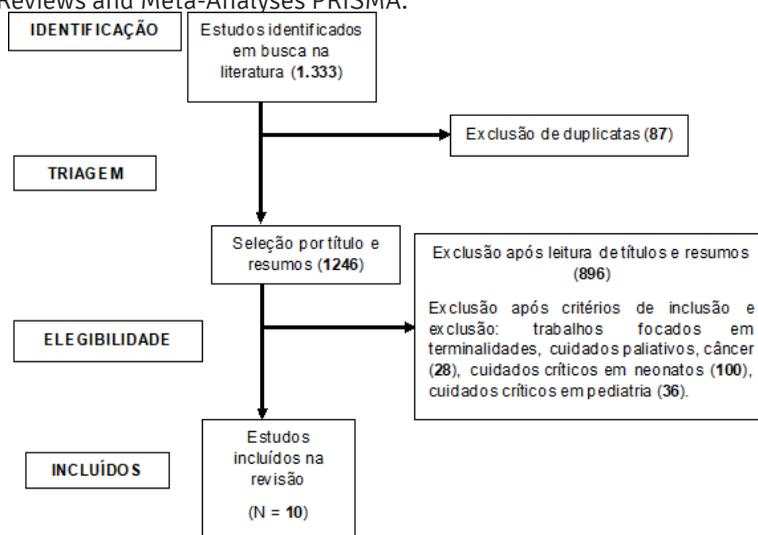
Todos os princípios éticos relacionados ao processo de construção de uma revisão integrativa foram observados, sendo que os estudos revisados e outros que foram incorporados ao manuscrito foram citados e referenciados.

3 RESULTADOS

A pesquisa identificou um total de 1.333 artigos, 87 foram excluídos na triagem inicial por serem estudos publicados em mais de uma base de dados. Após a leitura exaustivas de título e resumo, 896 estudos foram excluídos por não contemplarem em sua totalidade o tema, por fim, ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão mais 340 foram excluídos. Os dez estudos restantes foram lidos na íntegra, analisados e incluídos na pesquisa.

O processo de seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 1), segundo checklist adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (CORDEIRO; SOARES, 2019).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos, adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os estudos analisados, foram publicados/disponibilizados entre os anos de 1999 a 2020, todos disponíveis na língua inglesa e entre suas temáticas metodológicas estão: revisões de literaturas, estudo piloto, transversal, qualitativo, quanti-qualitativo e teoria fundamentada, a grande maioria estavam indexados na PubMed sete (70%), enquanto três (30%) estavam na SCOPUS. Quanto ao nível de evidência, nove (90%) foram classificados como nível 5 e apenas um (10%) foi classificado como nível 3. Foram elencados três núcleos temáticos, sendo eles: Desafios; Sentimentos e emoções; Potencialidades e melhorias.

4 DISCUSSÃO

4.1 DESAFIOS

Melhor entendimento do processo saúde-doença, redução de sintomas de dor, saudades e angústia e um melhor enfrentamento da patologia são alguns dos impactos positivos proporcionados pela espiritualidade/religiosidade. Entretanto, foi possível constatar nos estudos de Roze des Ordons e colaboradores (2020) e Willemse e colaboradores (2020) diversos desafios relacionados à implantação e manutenção do cuidado espiritual dentro da UTI. Os autores evidenciam: a confusão no conceito de espiritualidade e religiosidade, que não são sinônimos; o desconforto por parte dos profissionais de

saúde, que se sentem despreparados para exercerem determinada função; e as restrições de recursos, principalmente a escassez de profissionais capacitados quanto as estratégias de oferecimento desse suporte e sobre os conceitos.

É possível observar que a diversidade de conceitos relacionados a espiritualidade e a religiosidade é concretizada com um aspecto crucial da dificuldade para a abordagem da temática entre os profissionais de saúde e os pacientes. Com isso, há necessidade de tornar esses conceitos mais objetivos, acessíveis e coerentes (LUNDBERG; KERDONFAG, 2010).

Torke e colaboradores (2019) abordam que espiritualidade está relacionada com o sagrado, incluem discussões do fim da vida terrestre e as incógnitas relacionadas com o pós-morte e esclarecem que a espiritualidade não precisa estar relacionada com a realização de práticas religiosas, como: frequente templos ou realizar rituais, enquanto relatam que a religiosidade, é algo mais sistemático, que apesar de também está relacionado com o sagrado ou transcendente, essa conexão é realizada por meio de práticas, símbolos e rituais.

O estudo de Mazzarolo (2014) corrobora com as definições elencadas por Lundberg e Kerdonfag (2010) ao considerar que a espiritualidade é abrangente e inclui valores humanos como amor, compaixão e empatia que pode estar vinculada ou não a uma religião, ademais quando o ser humano desenvolve a espiritualidade, ele aprofunda e desenvolve a sua fé.

Quanto as restrições de recursos para trabalhar com a espiritualidade e religiosidade na rotina hospitalar, Roze des Ordons e colaboradores (2020) e Ripardo e colaboradores (2021) afirmam que a falta de tempo e a dinâmica de cuidados do ambiente da UTI são fatores negativos importantes. A UTI é o ambiente em que se encontram os pacientes graves e com risco de morte. O estado crítico exige foco e atenção, limitando assim, a capacidade dos profissionais de se dedicar, identificar e/ou atender às necessidades de apoio espiritual dos membros da família. O processo de internação é um fenômeno abrupto, que exige rápidas adaptações e mudança no funcionamento familiar. Por essa mudança brusca, o emocional dos familiares sobre a internação é prejudicado desde o início desse processo. Muitos familiares, recorrem especificamente à sua crença espiritual ou religiosa em busca de suporte.

Estudo de Aslakson e colaboradores (2017) apontam que apesar do cuidado espiritual ter sido reconhecido como importante para os pacientes internados na UTI e para a família, muitas vezes o mesmo não está integrado à prática clínica, corroborando com achados do estudo de Willemse e colaboradores (2020), realizado com intensivistas holandeses e enfermeiros da UTI, no qual identificaram que a assistência espiritual fornecida por cuidadores espirituais, pessoas que possuem conhecimentos espirituais e religiosos e que podem ser ou não do próprio clero paroquial do paciente, ainda não estão inseridos no cuidado diário da UTI.

Afirma-se ainda que, mesmo quando o cuidador espiritual é presente na UTI, outros desafios são encontrados, como o fato de o capelão raramente ter horários rotineiros na instituição, o que acaba dificultando a comunicação com os outros prestadores de cuidados ao paciente e com os familiares. No estudo de Teague e colaboradores (2019), 56,5% dos entrevistados afirmaram que os capelães incluídos nas equipes multidisciplinares das UTIs melhoraram os cuidados dos profissionais de saúde, além de aproximá-los da família dos pacientes. Assim, Willemse e colaboradores (2020) sugerem que uma abordagem interdisciplinar mais integrada melhoraria a comunicação.

Os estudos de Davidson e colaboradores (2007) apontam que, a maioria dos profissionais de saúde alegam desconforto ao abordar assuntos espirituais/religiosos com os pacientes ou familiares. A maioria dos médicos optam por direcionar o paciente que necessita de cuidados espirituais diretamente para um capelão, ao invés de tentar solucionar a questão, afirmando eles não se sentem à vontade para fornecerem esse tipo de assistência e que talvez, não seriam os profissionais mais aptos para tratarem desses assuntos. Parte dessa limitação pode ser justificada pela falha na abordagem dessa temática (espiritualidade/religiosidade) dentro da formação acadêmica (DAVIDSON *et al.*, 2007).

Contudo, Willemse e colaboradores (2020) identificaram que a grande parte dos profissionais inseridos na UTI conhecem os benefícios que a assistência espiritual e religiosa proporciona aos pacientes e familiares, porém não sabem como fazê-lo e uma justificativa é que durante a formação profissional, nunca trabalharam a temática relacionada a saúde e temem impor sua própria espiritualidade ou religiosidade ao paciente, de forma a desrespeitosa.

Ho e colaboradores (2018) confirmam os achados de Willemse e colaboradores (2020) ao identificarem em seu estudo fragilidade na formação acadêmica dos profissionais de saúde, no tocante a cuidados espirituais e religiosos, ratificando ainda que os currículos das universidades de enfermagem e medicina precisam inserir tais temáticas, de modo a preparar os futuros profissionais a identificar e atender necessidades e sofrimento espiritual.

Nascimento e colaboradores (2013) também acreditam na necessidade de uma reformulação na formação do enfermeiro, em busca de preencher as lacunas do conhecimento relacionados à espiritualidade e religiosidade, de modo a garantir que esse profissional seja capaz de prestar um cuidado espiritual e humanizado, sem a necessidade de encaminhá-lo para um outro profissional, como Aslakson e colaboradores (2017) evidenciou em seu estudo, no qual destacou que o capelão é o profissional mais capacitado para prestar esse assistência, entrando a presença desse profissional não é uma realidade em todos os cenários de UTI.

4.2 SENTIMENTOS E EMOÇÕES

Como apresentado no estudo de Luiz e colaboradores (2017), as percepções de familiares sobre a humanização em unidades de cuidados críticos, os sentimentos de ansiedade, cansaço, invasão e insegurança/ incerteza, são apresentados como emoções intensas, negativas e surgem frequentemente nos relatos dos familiares que tem pacientes em UTI. A situação crítica de incerteza e desconhecimento sobre a evolução da saúde do paciente/familiar e a preocupação sobre a qualidade da assistência prestada é o principal desencadeador para esses sentimentos, traduzido em pensamentos como: “Estão suprindo as necessidades do meu familiar?”, “Existem os equipamentos necessários?” e “As terapêuticas empregadas estão funcionando?”.

Davidson e colaboradores (2007), Fouka e colaboradores (2012), Gaeeni e colaboradores (2014) e Torke e colaboradores (2019) trazem o alívio, a esperança e o conforto como alguns dos principais sentimentos dos pacientes e familiares quando o cuidado e/ou suporte espiritual é oferecido, seja pelo serviço de capelania, pelos profissionais de saúde das UTIs ou por líderes religiosos. A comunicação familiares-profissionais, explanações sobre as condições de saúde e o tratamento do paciente

refletem no sentimento de clareza, construção de vínculos e respeito. Estes sentimentos também estão relacionados a qualidade do serviço ofertado, como foi possível confirmar estudos de Al-Mutair e colaboradores (2014) e de Waters (1999) relataram que quanto mais informados e respeitados os familiares e pacientes se sentem, melhor é a avaliação do cuidado profissional prestado.

Al-Mutair e colaboradores (2014), Gaeni e colaboradores (2014) e Plakas e colaboradores (2011) demonstraram que a crença espiritual e a manutenção delas são muito importantes para que os familiares acompanhem o cuidado e os profissionais também consigam atuar de forma satisfatória. Sob uma visão geral, a ações de orar, frequentar locais sagrados e manter uma relação com um deus estiveram presentes como as principais respostas dos familiares nos três trabalhos, independente do objetivo deles. Em outros dois artigos analisados (AL-MUTAIR *et al.*, 2014; ROZE DES ORDONS *et al.*, 2020), a partir do fornecimento de suporte emocional, os resultados de melhora do emocional dos familiares impactou na elevação da melhoria do cuidado fornecido ao paciente.

Entretanto o estudo de Roze des Ordons e colaboradores (2020) identificaram outros fatores que constituem risco para angústia espiritual dos familiares, descritos em: tensão entre crenças familiares e contexto médico quanto a cultura, idioma, religião e espiritualidade; desafios psicológicos e/ou sociais devido a dinâmica familiar complexa ou populações marginalizadas; intensidade e complexidade do sofrimento diante mudanças nas condições de saúde do paciente; preocupações internas e individuais dos familiares; comportamentos de negação, preocupação excessiva demonstrada e extremismos religiosos.

4.3 POTENCIALIDADES E MELHORIAS

Durante o período de permanência em UTI, a individualização dos cuidados é um dos determinantes para melhores percepção e enfrentamento do processo, tanto pelo paciente, se contactante, quanto pelos familiares (PONTE *et al.*, 2020; RIPARDO *et al.*, 2021). Os estudos de Ho e colaboradores (2018) e Roze des Ordons e colaboradores (2020) sinalizam que a capacitação de profissionais, o apoio mental, a facilitação nos rituais e crenças religiosas e a participação da família no cuidado, como facilitadores para implementação e continuidade do cuidado espiritual na UTI.

O estudo realizado por Lundberg e Kerdonfag (2010) identificou a importância da capacitação dos profissionais acerca da espiritualidade e religiosidade, que cursos curtos sobre esses tópicos serviriam para melhorar a autoconfiança dos profissionais, que possivelmente proporcionaram uma assistência mais holística e integrada aos pacientes e familiares. As sugestões cursos de curta duração, palestras e seminários, corrobora o estudo de Shih e colaboradores (1999) cujo objetivo foi desenvolver uma palestra sobre cuidados espirituais para estagiários de cuidados intensivos adultos na Tailândia, no qual 92% dos participantes consideraram a palestra sobre cuidado espiritual útil para fornecer cuidados holísticos para pacientes críticos na UTI.

A execução de intervenções que envolvam equipes multiprofissionais e guias espirituais é outra forte ação para melhoria do cuidado espiritual/religioso, por permitir a interação dos profissionais de cuidados intensivos com pessoas experientes em fornecer suporte espiritual e religioso (TEAGUE *et al.*, 2019; TORKE *et al.*, 2019). Por outro lado, a capacitação profissional em temas consideravelmente delicados, como dor, morte, cuidados de conforto, luto e outros, sobre habilidades

de comunicação, assistência humanizada à família e educação, envolvendo a espiritualidade e religiosidade também são estratégias com resultados positivos que podem ser implementadas, considerando que os currículos acadêmicos não incluem com obrigatoriedade o estudo desse assunto (CARÍCIO *et al.*, 2021; SARMENTO *et al.*, 2021).

A pesquisa de Ho e colaboradores (2018) confirma experiências positivas ao incluir assistência espiritual e religiosa, pois isso possibilitou a comunicação e possibilidade expressar sentimentos e emoções, expressão do amor e apreciação, por exemplo. Considerando as características mais reservadas da cultura asiática, esses processos permitiram a redução da dor existente em ocorrências de dor ou morte dos pacientes e, assim, a melhoria do cuidado recebido pelos pacientes e familiares destes. Nele também é discutido que a intervenção possibilitou a redução da dor psicossocial e espiritual dos pacientes mais idosos terminais, que sentiam muita dor física.

Após análise dos achados encontrados pelos pesquisadores em seus estudos, conclui-se que o cuidado espiritual e religioso é um componente essencial no cuidado holístico, integral e humanizado ao paciente internado na UTI e aos seus familiares e que, por esse motivo os profissionais da saúde necessitam desenvolverem habilidades, competências e atitudes acerca das questões espirituais, religiosas e culturais de cada cliente.

É sugestivo às instituições de ensino superior inserirem em seus currículos, disciplinares que versem sobre questões espirituais e religiosas. Contudo, o profissional durante sua trajetória, pode expandir os seus conhecimentos e compreensão da espiritualidade e religiosidade, desenvolver senso crítico para identificar e avaliar as necessidades religiosas e espirituais dos pacientes e familiares, não se limitando assim, apenas a figura de um representante religioso.

Por fim, é importante, não só oferecer cuidados espirituais e religiosos, para os pacientes e familiares, mas também aos profissionais de saúde, e garantir a incorporação desses cuidados na prática clínica diária, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois acreditamos que para cuidar bem do outro, é preciso estar bem consigo mesmo, e a mesma humanização que desejamos aos pacientes e familiares, devemos também desejar aqueles que estão envolvidos nos cuidados em saúde.

5 CONCLUSÃO

Os suportes nas dimensões espirituais e religiosas oferecidos aos pacientes internados em UTI e seus familiares são: detecção de sofrimento espiritual, por meio do fornecimento de escuta ativa e comunicação eficaz, avaliação de sinais emocionais e comportamentais, como: choro, desespero, sentimento de culpa, distúrbios do sono, raiva contra a equipe de saúde, a família, Deus ou poder santo, superação de adversidades religiosas e educação continuada dos profissionais.

As diferenças entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, por não serem bem definidas, segundo as subjetividades nas interpretações de cada pessoa e dos grupos, tornam o processo de oferta de suporte espiritual e religioso mais difícil, pois necessita que o profissional esteja capacitado para tal, inclusive evitando que haja desrespeito às crenças do paciente e familiares.

É importante oferecer cuidados espirituais e religiosos também para aos profissionais de saúde face a melhorar qualidade de vida no trabalho, pois acreditamos que para cuidar bem do outro, é preciso estar bem consigo mesmo.

As limitações deste estudo dizem respeito à escassez na literatura brasileira de pesquisas relacionando Unidade de Terapia Intensiva, espiritualidade, religiosidade e familiares, o que reduz a capacidade de discussão a partir de elementos próprios da nossa cultura, religião e fundamentos do cuidar.

A partir do tema, é de interesse que as instituições de ensino superior insiram em seus currículos disciplinares que versem sobre questões espirituais e religiosas. Ademais, os profissionais de saúde podem e devem expandir os conhecimentos na temática, por meio de senso crítico e ações de educação continuada e permanente.

REFERÊNCIAS

ANDRETTA, I. *et al.* Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em usuários de drogas em tratamento em comunidades terapêuticas. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 361-373, 2018.

AL-MUTAIR, A.S. *et al.* Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. **Nurs Crit Care**, v. 19, n. 3, p. 135-44, 2014.

ASLAKSON, R.A. *et al.* Operationalizing the measuring what matters spirituality quality metric in a population of hospitalized, critically ill Patients and their family members. **J Pain Symptom Manag**, v. 53, n. 3, p. 650-655, 2017.

BALBONI, T.A. *et al.* Religion, Spirituality, and the Intensive Care Unit: The Sound of Silence. **JAMA Intern Med**, v. 175, n. 10, p. 1669-1670, 2015.

BRAVIN, A.M. *et al.* Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 541-551, 2019.

CARÍCIO, M.R. *et al.* A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem? **Enferm Foco**, v. 12, n. Supl.1, p. 15-21, 2021.

CAVALCANTE, R.B. *et al.* Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf Soc Est**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.S.B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Bol Inst Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019.

- DAVIDSON, J.E. *et al.* Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. **Crit Care Med**, v. 35, n. 2, p. 605-22, 2007.
- FOUKA, G. *et al.* Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: their uptake and meanings. **J Nurs Manag**, v. 20, n. 8, p. 1058-68, 2012.
- GAEENI, M. *et al.* Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. **Iranian J Nurs Midwifery Res**, v. 19, n. 6, p. 635-42, 2014.
- GALVÃO, C.M. *et al.* A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.
- GÓES, M.G.O.; CROSSETTI, M.G.O. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Rev Gaúcha Enferm**, v.41, n. spe, e20190150, 2020.
- GORDON, B.S. *et al.* Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. **J Crit Care**, v. 45, p. 76-81, 2018.
- HATHAWAY, D.B. *et al.* Teaching spiritual and religious competencies to Psychiatry Residents: A scoping and systematic review. **Academic Med**, v. 97, n. 2, p. 300-310, 2021.
- HO, J.Q. *et al.* Spiritual care in the Intensive Care Unit: A narrative review. **J Intens Care Med**, v. 33, n. 5, p. 279-287, 2018.
- LUIZ, F.F. *et al.* Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017.
- LUNDBERG, P.C.; KERDONFAG, P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. **J Clin Nurs**, v. 19, n. 7-8, p. 1121-1128, 2010.
- MAZZAROLO, I. Religião e Espiritualidade. **Rev Ecclesiast Bras**, v. 74, n. 293, p. 103-120, 2014.
- NASCIMENTO, L.C. *et al.* Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013.
- PEREIRA, M.G; GALVÃO, T.F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369-371, 2014.
- PINHO, C.M. *et al.* Impaired religiosity and spiritual distress in people living with HIV/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, p. e67712, 2017.

PLAKAS, S. *et al.* The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. **Contemp Nurse**, v. 39, n. 1, p. 95-105, 2011.

PONTE, K.M.A. *et al.* Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem pelo método de pesquisa-cuidado. **Enferm Foco**, v.11, n. 5, p. 13-9, 2020.

RIPARDO, W.J.M. *et al.* A família mediante hospitalizações em unidade de terapia intensiva. **Enferm Foco**, v.12, n. 1, p. 86-92, 2021.

ROZE DES ORDONS, A.L. *et al.* Development of a clinical guide for identifying spiritual distress in family members of patients in the Intensive Care Unit. **J Palliat Med**, v. 23, n. 2, p. 171-178, 2020.

SARMENTO, W.M. *et al.* Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em cuidados paliativos. **Enferm Foco**, v. 12, n. 1, p. 33-9, 2021.

SHIH, F.J. *et al.* Taiwanese nurses' appraisal of a lecture on spiritual care for patients in critical care units. **Intens Crit Care Nurs**, v. 15, n. 2, p. 83-94, 1999.

SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TEAGUE, P. *et al.* The role of the chaplain as a patient navigator and advocate for patients in the Intensive Care Unit: one Academic Medical Center's Experience. **J Relig Health**, v. 58, n. 5, p. 1833-46, 2019.

TORKE, A.M. *et al.* The chaplain family project: development, feasibility, and acceptability of an intervention to improve spiritual care of family surrogates. **J Health Care Chapl**, v. 25, n. 4, p. 147-170, 2019.

VALE, C.C.S.O.; LÍBERO, A.C.A. A espiritualidade que habita o CTI. **Mental**, v. 11, n. 21, p. 321-338, 2017.

VASCONCELOS, M.F.F. *et al.* Entre políticas (EPS-Educação Permanente em Saúde e PNH-Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016.

WATERS, C.M. Professional nursing support for culturally diverse family members of critically ill adults. **Res Nurs Health**, v. 22, n. 2, p.107-17, 1999.

WILLEMSE, S. *et al.* Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. **J Crit Care**, v. 57, p. 55-78, 2020.

Recebido em: 21 de Dezembro de 2021

Avaliado em: 6 de Fevereiro de 2022

Aceito em: 30 de Abril de 2022



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

1 Enfermeiro; Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Campus Lagarto/SE.
E-mail: thiago.jesus.santos@hotmail.com.

2 Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Campus Lagarto/SE.
E-mail: maju.oramos@gmail.com.

3 Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Campus Lagarto/SE.
E-mail: jussiely@hotmail.com.

4 Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe – UFS, Campus Lagarto/SE.
E-mail: fernandagmsoares@gmail.com

Copyright (c) 2022 Revista Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

