



### SENTIDOS SOBRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE PRODUZIDOS POR ENFERMEIRAS QUE ATUAM NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

*Meanings of religiosity/spirituality produced by nurses working in maternal and child care*

*Sentidos sobre religiosidad/espiritualidad producidos por enfermeras que trabajan en el cuidado de la madre y del niño*

**Vivian Fukumasu da Cunha  
Thaís Schiavon Fabbris  
Fabio Scorsolini-Comin**

**Resumo:** O objetivo desse estudo foi conhecer os sentidos sobre religiosidade/espiritualidade produzidos por enfermeiras que atuam nos setores de Alojamento Conjunto e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um hospital geral. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa conduzida com 15 enfermeiras por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo permitiu identificar lacunas na formação das enfermeiras, o que suscita a percepção de despreparo diante do manejo de questões religiosas/espirituais junto aos pacientes/familiares. Essa lacuna favorece a interpretação de um afastamento dessas profissionais em relação a essas questões. Algumas enfermeiras acreditam que a atuação nessa temática cabe a outros profissionais. Recomenda-se a inclusão da discussão sobre a religiosidade/espiritualidade no ensino superior de enfermagem, a fim de que essa dimensão possa ser, de fato, um vértice para o cuidar e para a educação permanente em saúde, promovendo uma escuta atenta a esses elementos em pacientes e familiares que vivenciam o cuidado neonatal.

**Palavras-chave:** Espiritualidade; religião; enfermeiros e enfermeiras; pesquisa qualitativa.

**Abstract:** The aim of this study was to explore the meanings of religiosity/spirituality as perceived by nurses working in the rooming-in and Neonatal Intermediate Care Unit of a general hospital. This descriptive, exploratory, qualitative research involved 15 nurses who participated in semi-structured interviews. Content analysis revealed gaps in the nurses' training, which contributed to a sense of unpreparedness when dealing with religious/spiritual issues among patients/families. This gap led to the interpretation that these professionals tend to distance themselves from such matters. Some nurses believe that addressing these issues should be the responsibility of other professionals. It is recommended that discussions on religiosity/spirituality be incorporated into nursing education at the university level, enabling this dimension to be effectively integrated into caregiving and ongoing health education, thereby fostering attentive consideration of these elements among patients and families undergoing neonatal care.

**Keywords:** Spirituality; religion; nurses; qualitative research.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue conocer los significados sobre religiosidad/espiritualidad producidos por enfermeros que laboran en los sectores de Acomodación Conjunta y Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales de un hospital general. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria y cualitativa realizada con 15 enfermeras a partir de entrevistas semiestructuradas. El análisis de contenido permitió identificar brechas en la formación de los enfermeros, quienes a su vez colaboran con el sentimiento de su falta de preparación para abordar cuestiones religiosas/espirituales con los pacientes/familiares. Esta brecha favorece la interpretación de un alejamiento de estos profesionales en relación a estos temas. Algunas enfermeras creen que trabajar en este tema depende de otros profesionales. Se recomienda incluir una discusión sobre la religiosidad/espiritualidad en la educación superior en enfermería para que esta dimensión pueda ser, de hecho, un vértice para el cuidado y para

la educación permanente en salud, promoviendo la escucha atenta de estos elementos en los pacientes. y miembros de la familia que experimentan cuidados neonatales.

**Palabras-clave:** Espiritualidad; Religión; Enfermeras y Enfermeros; investigación cualitativa.

Contemporaneamente, a religiosidade/espiritualidade (R/E) tem representado um importante vértice quando se discute a promoção do cuidado (Cortez & Teixeira, 2010). Os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade são epistemologicamente distintos, embora inter-relacionados quando o objetivo reside na investigação dos desfechos em saúde e nas práticas de cuidado. Diante de um cenário de assistência à saúde, a reflexão mais ampliada dessa dimensão pode favorecer que essa questão seja incluída no cotidiano dos profissionais de saúde. Com isso, busca-se priorizar uma discussão que toma por base as evidências disponíveis acerca dos desfechos positivos associados à R/E, o que permite distanciar esse debate de uma seara eminentemente religiosa e institucional. Desse modo, torna-se possível que diferentes vértices da experiência possam emergir, tanto por parte de pesquisadores desse campo, quanto também por profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, além de pacientes, clientes e usuários que corporificam as linhas de cuidado (Rossato, Sena, Ullán, & Scorsolini-Comin, 2023).

O Brasil é um país predominantemente religioso, em que 92% da população declara pertencer a uma religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Assim, ampliam-se as possibilidades do elemento religioso-espiritual ser evocado, em alguma medida, ao longo do itinerário terapêutico. Na área da saúde, existe uma tendência em distanciar a espiritualidade da religião (Reinert & Koenig, 2013). Na Enfermagem, a compreensão mais empregada é de que a espiritualidade é uma condição inerente ao ser humano e se aproxima da construção de propósito, sentido e significado, proposta por Viktor Frankl (Reinert & Koenig, 2013; Silveira & Gradim, 2015). Para Frankl, a religião enquanto um dogma não é necessária para uma vida com sentido, mas pode fortalecê-la em diversos aspectos, de modo que a religião ou a espiritualidade dizem respeito à abertura do ser humano à transcendência (Carrara, 2016).

A adoção do termo combinado na literatura em saúde, R/E, tem sido proposta como forma de abarcar a complexidade desse campo e priorizar expressões religiosas/espirituais mais amplas, com foco nas subjetividades e seu emprego na promoção do cuidado, já que a religião/religiosidade pode ser uma expressão da espiritualidade (Cunha et al., 2020). Segundo Carrara (2016), o próprio Viktor Frankl usava o termo religião como sinônimo de espiritualidade para se referir a uma experiência em que somente o sujeito pode defini-la como parte de uma denominação dogmática específica.

A ligação da Enfermagem com a R/E está presente desde a emergência da chamada Enfermagem moderna, marcada pelo trabalho de Florence Nightingale, em 1854 (Ribeiro et al., 2022). Foi com o seu trabalho voluntário nos cuidados de soldados feridos de guerra que Nightingale deixou também para a Enfermagem o legado de compreender o ser humano de forma holística, para além do aspecto físico (Sá & Pereira, 2007), o que assevera não apenas a possibilidade, mas a necessidade de abertura para que a R/E, fortemente presente nas experiências de saúde-doença-cuidado, possa ser trazida para o cenário formal da assistência.

Nos últimos anos, os estudos sobre a R/E e sua influência na saúde física e mental vêm aumentando (Mishra et al., 2017), sendo a Enfermagem grande produtora desse conhecimento (Damiano et al., 2016), provavelmente pelo lugar que os enfermeiros ocupam na relação com o cuidado em saúde. No entanto, muitos desses profissionais ainda não se sentem confiantes em prestar um cuidado que considere a dimensão religiosa/espiritual, o que envolve a avaliação e recomendações que atendam às necessidades religiosas/espirituais expressas por pacientes/famíliares em colaboração com a equipe interdisciplinar (Attard et al., 2014; Espinha et al., 2013).

De acordo com Puchalski et al. (2020), todos os profissionais da Enfermagem devem ser treinados para rastrear as necessidades religiosas/espirituais dos pacientes, praticando a presença compassiva e a escuta reflexiva, acionando especialistas religiosos/espirituais, conforme necessário. Em contrapartida, evidências apontam que os enfermeiros enfrentam várias dificuldades em atender às demandas religiosas/espirituais dos pacientes, muitas vezes ignorando sua avaliação e importância (Cunha et al., 2022). As principais dificuldades elencadas na literatura para a ausência da abordagem da R/E na prática dos enfermeiros são: a falta de conhecimento sobre a temática na formação dos profissionais; disponibilidade de tempo e manejo diante das suas atribuições; confronto em relação às suas próprias crenças religiosas/espirituais; medos e receios de identificar algum mal-estar ou conflito ético (Lewinson et al., 2015).

Muitos estudos investigam a R/E diante do contexto de finitude e dificuldades, como recurso de enfrentamento de adoecimentos graves, a exemplo do câncer (Silva et al., 2019). No entanto, todo processo humano evoca questões religiosas/espirituais. Pensando no nascimento, desde o momento em que os genitores descobrem a gestação, a imagem do nascimento de uma criança saudável e perfeita é inevitável. Embora esse momento envolva a construção de muitas expectativas e sonhos, o nascimento de um bebê prematuro ou com uma doença congênita demanda diversos ajustes na vida das gestantes e seus familiares, uma vez que o bebê necessitará permanecer internado no hospital (World Health Organization, 2012).

Em uma pesquisa realizada na Bahia, observou-se que a R/E das mães de prematuros representa uma fonte de consolo durante o período de hospitalização, momento no qual as mães estão fragilizadas e buscam na fé uma forma de aplacar seu sofrimento, recorrendo às suas crenças como uma estratégia para evitar o desgaste físico e, principalmente, emocional (Santos et al., 2013). Faz parte do diagnóstico de Enfermagem a avaliação da angústia espiritual e bem-estar espiritual (Herdman & Kamitsuru, 2014), de maneira que os enfermeiros desempenham o papel de auxiliar na conexão dos pacientes/famíliares com aquilo que lhes dá força em uma situação difícil (Cunha et al., 2022).

Compete a esses profissionais ajudar nesse momento de fragilidade e incerteza, atuando como um sistema de apoio e segurança (Ribeiro et al., 2015). Suas competências não se circunscrevem apenas ao cuidado técnico oferecido ao recém-nascido, mas expandem-se para a família e seus marcadores sociais e culturais, incluindo a R/E presente em diferentes cenários culturais e sistemas familiares e de socialização (Oliveira et al., 2013).

Diante desse panorama, acredita-se que a conexão com a R/E pode ser uma estratégia de enfrentamento no momento de atenção à gestante e ao nascimento, sobretudo em casos de maior gravidade que envolvem a prematuridade e o adoecimento congênito. Para que a R/E possa ser evocada em seu potencial para a promoção da saúde, cabe aos profissionais permitirem a escuta e a incorporação da R/E no cuidado ao bebê e pais/famíliares, promovendo um cuidado mais sensível diante do sofrimento. Visando contribuir com a produção de evidências para a assistência nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo conhecer os sentidos sobre a R/E produzidos por enfermeiras que atuam nos setores de Alojamento Conjunto (AC) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) de um hospital geral.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, que segue as recomendações de apresentação propostas pelo COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (Tong et al., 2007), a fim de garantir a validade do estudo qualitativo. A pesquisa se deu em um hospital de referência estadual, localizado em uma cidade do interior de São Paulo, que presta assistência a 34 municípios e pouco mais de 1.700.000 habitantes. Os participantes da pesquisa foram 15 enfermeiras dos setores de UCIN e do AC. A UCIN é responsável pela vigilância, tratamento e cuidados aos recém-nascidos (RN) de médio risco que necessitam de algum cuidado especial, sejam eles pré termo ou a termo (Bezerra Segundo et al., 2018). O AC, por sua vez, é responsável por auxiliar a mãe no desenvolvimento do autocuidado e no cuidado

do RN, sendo uma unidade em que a mãe e o RN sadio estão juntos 24 horas por dia até o momento da alta hospitalar (Pilotto et al., 2009).

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2019 e março de 2020 por duas pesquisadoras, uma pós-graduanda com formação em Psicologia e uma estudante de Enfermagem. Uma autorização para que as pesquisadoras pudessem abordar as enfermeiras desses setores foi solicitada para as enfermeiras chefes de cada setor. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira do setor UCIN e/ou AC, estar contratada pelo hospital em que se deu a pesquisa e participar voluntariamente da pesquisa. Todas as enfermeiras dos dois setores do hospital (UCIN e AC) foram convidadas a participar da pesquisa. As pesquisadoras visitaram os setores em diversos dias e turnos para convidar as participantes, perfazendo o critério de uma amostra intencional (Fontanella et al., 2011). Do total de 17 enfermeiras recrutadas no trabalho de campo (nove da UCIN e oito do AC), 15 participaram da pesquisa. Duas enfermeiras foram excluídas da amostra pelo encerramento obrigatório da coleta de dados presencial devido às medidas de restrição sanitária impostas pelo advento da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) no mês de março de 2020, sobretudo no contexto hospitalar.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, realizada em um único encontro, mediante a disponibilidade da profissional. O roteiro de entrevista semiestruturado continha questões acerca da R/E na vida pessoal e profissional das enfermeiras, tendo como finalidade reconhecer seus conhecimentos, crenças e experiências dentro dessa temática. As enfermeiras foram abordadas no próprio ambiente de trabalho e convidadas a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos da pesquisa, todas as condições éticas, assim como apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram iniciadas após a assinatura do TCLE. Todas as entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas aconteceram no próprio hospital, como em salas de reunião, de descanso e/ou consultórios. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos. As participantes foram nomeadas com a letra P, seguida por um número de 1 a 15, de modo a garantir o sigilo e anonimato.

Para a organização dos dados, utilizou-se a proposta de Bardin (2011) acerca da análise de conteúdo. As categorias construídas *a posteriori*, frente à recorrência dos conteúdos, foram interpretadas por meio da literatura científica na área de R/E e saúde, assim como das contribuições de Viktor Frankl. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem dos autores e da instituição coparticipante (CAAE 99977018.8.3001.5440 e 99977018.8.0000.5393), tendo como norteadora a Resolução nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Todas as participantes da pesquisa foram do gênero feminino. A Tabela 1 apresenta características gerais das participantes como faixa etária, setor, estado civil, presença ou ausência de filhos e autodenominação religiosa/espiritual.

Tabela 1

*Características gerais das participantes (n=15)*

| <b>Características</b>                      | <b>Valores</b> |
|---|----------------|
| <b>Faixa etária</b>                         |                |
| 21-30 anos                                  | n=2 (13,33%)   |
| 31-40 anos                                  | n=6 (40%)      |
| 41-50 anos                                  | n=5 (33,33%)   |
| 51-60 anos                                  | n=1 (6,67%)    |
| 61-70 anos                                  | n=1 (6,67%)    |
| <b>Setor</b>                                |                |
| UCIN  | n=8 (53,33%)   |
| AC  | n=7 (46,66%)   |
| <b>Estado Civil</b>                         |                |
| Solteira                                    | n=3 (20%)      |
| Casada                                      | n=11 (73,33%)  |
| Divorciada                                  | n=1 (6,67%)    |
| <b>Presença ou ausência de filhos</b>       |                |
| Sim   | n=11 (73,33%)  |
| Não   | n=4 (26,67%)   |
| <b>Autodenominação religiosa/espiritual</b> |                |
| Católica                                    | n=6 (40%)      |
| Evangélica                                  | n=5 (33,33%)   |
| Espírita                                    | n=1 (6,67%)    |
| Umbandista                                  | n=1 (6,67%)    |

|  |              |
|--|--------------|
| Sem religião específica, mas espiritualizada | n=2 (13,33%) |
|--|--------------|

Nota. Alojamento Conjunto (AC); Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

A análise dos dados resultou em quatro categorias: a) Lacuna da temática da R/E na formação; b) Investigação da R/E na prática; c) R/E terceirizada para outro profissional; d) Sugestão de inclusão da R/E na formação.

### **Lacuna da temática da r/e na formação**

De acordo com todas as participantes, a R/E é um componente importante de ser abordado no cuidado em saúde. No entanto, oito participantes (53,3%) relataram que a temática não foi abordada durante a graduação e cinco (33,3%) afirmaram ter sido explorada, porém em pouca quantidade. A referência à importância do tema pode ser algo advindo da experiência de cada profissional ou, mais raramente, da formação nesse campo, mas também pode indicar a desajustabilidade social, haja vista que as entrevistas ocorreram diante de pesquisadoras interessadas nesse tema, o que, de algum modo, pode indiciar a necessidade de valorizar o assunto diante dessas figuras.

*Eu acho que é importante para a gente trabalhar. No que eu trabalho, eu acho importante, e eu não sei por quê isso é negligenciado enquanto processo de formação. Então, eu acho que se isso fosse um pouco melhor lá atrás, talvez hoje a gente tivesse profissionais até um pouco melhor preparados. (P3)*

*A gente não aprende tudo isso na faculdade. Eu vejo que cada dia que passa, o currículo está mais enxuto e mais a gente tem que aprender alguma coisa na especialização. A mesma coisa da religiosidade. (P5)*

*Eu acho que falta um pouco mais de prática de como lidar em situações de confronto “Como o que você acha? O que você acredita e a outra pessoa não?”. Isso eu acho que falta muito. De conversar mesmo com outra pessoa e como lidar com isso, como encarar isso. A gente passou mais pelos diferentes tipos de culturas, diferentes tipos de*

*espiritualidade, religiosidade, mas não enfaticamente na nossa prática do dia a dia, do cuidado com paciente, e esse confronto do que for diferente do nosso. (P7)*

### **Investigação da r/e na prática**

De acordo com as participantes, a investigação da R/E na prática não acontece de maneira sistemática nos setores. Sete participantes (46,6%) relataram não investigar a R/E dos pacientes, quatro participantes (26,6%) mencionam que perguntam às vezes e outras quatro participantes (26,6%) afirmaram que costumam perguntar. Tais relatos mostram que existe um receio de criar algum desconforto e provocar um conflito ético, assim como uma falta de preparo para que o enfermeiro possa fazer alguma intervenção dessa ordem. Além disso, evidencia-se que não existe um protocolo padrão para a abordagem ou o inquérito quanto a essa dimensão, de modo que a decisão por incluir ou não a dimensão parece ser algo individual, por meio da maior proximidade que algumas profissionais podem ter com esse assunto. As divergências nessas práticas revelam, portanto, que não há quaisquer garantias de que a R/E seja cotejada nesse contexto de cuidado.

*Eu não acho fácil conversar sobre isso, falar sobre isso. A gente tenta lidar muito com a questão da ética. Eu acho que mistura um pouquinho e aí você consegue falar um pouquinho sobre isso falando que é ética. Mas de uma maneira bem clara, de espiritualidade, eu acho que não dá para falar. (P1)*

*Eu acho que você perguntar a respeito da religião uma pessoa, você vai acabar criando um rótulo, então, eu não gosto por causa disso. (P14)*

*Acredito que melhora a nossa prática profissional. Dependendo sempre de um terceiro profissional não tem o porquê, se a gente pode atuar ali naquele momento. Se a gente souber atuar ali, naquele momento, e for para o bem do paciente, e conseguir ter um resultado positivo, não tem porquê depender sempre de uma terceira pessoa. (P7)*

### **R/E terceirizada para outro profissional**

Diante da falta de conhecimento sobre a temática e a ausência da investigação sistematizada da R/E do paciente/usuário, para três participantes (20%) a assistência da R/E nesses setores é entendida como um cuidado que é de responsabilidade ou competência de um

profissional específico e com conhecimentos da área. E que essa não seria uma responsabilidade da área de enfermagem. Assim, emerge o sentido de que a R/E, embora possa ser valorizada, não compõe um vértice de cuidado a ser explorado pelo profissional de enfermagem, o que reforça a inibição dessa discussão e desse conteúdo na formação acadêmica e também no cotidiano do trabalho.

*A parte espiritual é muito difícil, porque a pessoa tem que vir, tem que ter o tempo e no ponto daquilo que a pessoa acredita. Eu acho que, pessoalmente, a enfermeira ela não tem esse preparo. Eu acho que tem que ser pessoas especializadas. Que nem essas pessoas que vêm, que conversam, eles têm tempo e conhecimento. A gente não tem. (P4)*

*É um cuidado que como profissionais da saúde lidando no dia a dia, na maioria das vezes, a gente não consegue oferecer para o paciente. A gente consegue oferecer uma terceira pessoa para isso. Creio eu, que por receio de entrar em confronto e a gente não saber lidar com esse tipo de situação. Uma pessoa que tenha uma vivência maior sobre isso, que saiba lidar. Então, a maior parte das vezes que a gente lidou com isso, a gente chamou uma terceira pessoa. E acho que também por conta da rotina, isso também influencia. Mas eu acho que a falta de preparo de lidar nessas diferentes situações influencia, porque na minha graduação, na minha formação, eu tive contato, mas não tive prática... (P7)*

### **Sugestão de inclusão da r/e na formação**

Para sete participantes (46,6%), uma maneira de suprir e possibilitar o conhecimento sobre a R/E é a inclusão da temática na graduação por meio da criação de uma disciplina na grade curricular dos alunos de enfermagem. Essa inclusão deve contemplar a inserção de atividades práticas voltadas para a R/E, momentos de debates e palestras:

*Eu acho que na graduação a gente poderia conhecer, ter alguém para explicar o que é “A”, o que é “B”, o que é “C”, depois discutir como é que lida com isso no dia a dia, até que ponto é o meu espaço, até que ponto vai o seu espaço, até que ponto a minha opinião influencia na rotina, até que ponto eu posso ajudar com isso ou não. (P3)*

*Teria que ter uma disciplina específica mesmo, eu acho. [...] Eu não sei explicar direito, mas acho que tinha que ter uma grade e que fizesse até na prática, junto com o paciente essa questão. (P13)*

*Não sei se seria uma disciplina em si, mas, pensando na graduação, eu acho que seria importante, pelo menos algumas palestras com pessoas que entendam da temática de espiritualidade e, principalmente, voltada para essa formação do entendimento baseado na compreensão do outro. Eu acho que falta, não só para o graduando de Enfermagem. (P14)*

## **Discussão**

As participantes evidenciaram que a R/E não se fez presente em suas formações profissionais, mas que é um tema importante e que faz falta em suas rotinas de assistência. Essa lacuna na formação é reconhecida em outras pesquisas nacionais e internacionais, sugerindo a importância de se rever o conteúdo curricular e a maneira como se dá o ensino na saúde (Caldeira et al., 2016; Lewinson et al., 2015; Tomasso, et al., 2011).

Um ensino que melhor discuta e prepare o profissional de saúde para abordar a R/E vem sendo reconhecido como essencial para promover sentimentos de competência e preparo para o cuidado à escuta da dimensão religiosa/espiritual (Attard et al. 2014) nos processos de saúde-doença-cuidado. No entanto, é importante considerar que essa recomendação, em alguma medida, parece posicionar-se em um “lugar comum”, uma sugestão sempre aventada e poucas vezes corporificada na formação em saúde. Isso pode estar sustentado na pressuposição de que, apesar de ser relevante, a abordagem da R/E não compõe o rol de competências básicas de um profissional de saúde, alçando essa dimensão à posição de um conhecimento complementar, alternativo e que, por efeito de sentido, não precisa ser priorizado.

Compondo um saber complementar, uma disciplina que explore a R/E pode ser oferecida, por exemplo, como optativa, o que sugere que o interesse por esse aprofundamento deve partir do estudante, não de uma compreensão que reorienta o projeto pedagógico. Além disso, deve-se considerar que diferentes discursos e ideologias podem atravessar a oferta desses conteúdos, nem sempre priorizando a possibilidade dessa dimensão ser corporificada pelo estudante e pelo profissional de saúde ou o alinhamento a pressupostos como o combate à intolerância religiosa e o racismo religioso.

O que se observa é que nos setores investigados no presente estudo (AC e UCIN), não existe um cuidado religioso/espiritual que seja realizado de maneira sistemática e uniforme

conforme observado na categoria “Investigação da R/E na prática”. A tendência dessas profissionais é nem mesmo investigarem qual e/ou se possuem uma R/E, evitando o assunto pela dificuldade que encontram de falar sobre ele. Ao mesmo tempo, reconhece-se que a dimensão da R/E existe e que o enfermeiro pode se valer de uma atuação que inclua a abertura e atenção com esses aspectos. Assim, observa-se o distanciamento entre o que se concebe como o manejo ideal diante dessa dimensão e o que ocorre no cotidiano da assistência, o que pode indiciar a dificuldade de corporificação de uma prática que, efetivamente, acesse a R/E de modo holístico e integral, em atenção às recomendações contemporâneas no campo da Enfermagem.

Ainda considerando os serviços em tela, a experiência do nascimento de um filho prematuro ou o diagnóstico de adoecimentos que podem interferir na sobrevivência e na qualidade de vida dessas crianças pode mobilizar mães e familiares. Na tentativa de lidar com esses quadros, a R/E pode emergir como um recurso importante, que mobiliza esses sujeitos. Manejar tais situações, sobretudo quando envolvem uma dimensão nem sempre confortável de ser recuperada, como a R/E, pode produzir nas profissionais de Enfermagem a sensação de não-saber, de falta de competências para gerenciar esses momentos de crise e, por conseguinte, de afastamento da R/E.

O hospital em questão possui um serviço de capelania, o que pode sugerir a essas entrevistadas que o cuidado religioso/espiritual deva ser especializado e, conseqüentemente, terceirizado, além de ser associado a questões voltadas para a religião. Então, supõe-se que a demanda deve partir da necessidade do paciente/familiar, o que é totalmente compreensivo, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelas profissionais (Cunha et al., 2022; Puchalski et al. 2020). Assim, o movimento que se observa é de um cuidado fragmentado, em que cada um aloca seu foco para suas tarefas e funções, reforçando a visão biomédica e o olhar do especialista.

Embora o serviço de capelania possa prestar o cuidado religioso-espiritual demandado por cada paciente ou familiar, é necessário que essa escuta possa estar integrada ao fazer dos diferentes profissionais que atuam no hospital (Franzini et al., 2022). Mesmo que um profissional de Enfermagem não se sinta preparado para abordar a R/E e demande a presença de um capelão, o acionamento do serviço de capelania já indicia uma escuta para essa dimensão e até mesmo uma valorização dela dentro do espaço formal de cuidado. Ademais, os profissionais de saúde, como os enfermeiros, podem conhecer mais a fundo a capelania, o que pode contribuir sobremaneira para a reflexão sobre a R/E no fazer da Enfermagem.

A noção de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (1998) promove um olhar para o processo de saúde-doença-cuidado para além de reparar e atender às necessidades

do paciente/usuário, mas destacar o seu protagonismo e considerar a importância de instâncias fundamentais para a construção e manutenção da saúde. O cuidado humanizado não envolve somente o questionamento da religião/espiritualidade do paciente/usuário, mas a consideração dessa informação para a adoção de estratégias de cuidados que possam fazer mais sentido à sua vivência e realidade, até de enfrentamento para o momento vivido, compondo mais um recurso para a assistência (Précoma et al., 2019). Pesquisas apontam que os pacientes/usuários gostariam de ter um cuidado religioso/espiritual e relatam ter preferência de que os enfermeiros ou assistentes assumam essa abordagem, exatamente pelo lugar de proximidade que ocupam (Selman et al., 2018).

A depender da religião/espiritualidade, o nascimento, a gravidez e o parto podem ser vistos como momentos espiritualizados, compreendidos como uma maneira de se tornar mais próximo do poder superior/Deus, percebido como fornecendo bênçãos e influenciando os resultados do nascimento (Attard et al., 2014), em que qualquer mudança nesse curso pode ser entendida como negativa. Quando a expectativa de uma criança saudável é quebrada por um nascimento prematuro ou uma doença congênita e, conseqüentemente, pela necessidade de internação no hospital, os pais/família lidam com os sentimentos de tristeza, medo, angústia, culpa e insegurança diante do futuro (Oliveira et al., 2013).

É nesse momento que a R/E pode ser evocada para proporcionar explicações, compreensões e até a construção de sentido, diante do fatídico acontecimento, de modo que os pais/família vão ter que encarar a dificuldade de um nascimento que exige uma internação. A Enfermagem pode, então, usar a R/E no sentido apregoado por Viktor Frankl e sua análise existencial para encontrar formas mais humanas de cuidar que não exploram somente o sentido biológico da vida, indo além de um cuidado sustentado apenas pelo modelo biomédico (Silva et al., 2021).

A presença de um suporte religioso/espiritual no hospital, com profissionais capacitados na temática da R/E, mostra-se um recurso de grande valia para lidar com o estresse que se desenvolve diante de uma internação do RN (Foch et al., 2016). A própria R/E do enfermeiro também pode ajudar nos desafios enfrentados na rotina de um hospital. Encontrar sentido e motivação diante da fragilidade da vida de um bebê que acaba de nascer é essencial para conseguir acolher e atender às necessidades de todos os envolvidos. Por meio da atitude facilitadora da empatia, é possível que os profissionais de Enfermagem entrem em contato com a R/E de pacientes, clientes, usuários e familiares, compreendendo qual a posição dessa dimensão nas experiências de vida daqueles aos quais são prestados os cuidados de saúde. Nesse processo, pode ser importante que o profissional também se conecte com a sua própria

R/E, compreendendo as diferentes expressões desse vértice e, sobretudo, o modo como situações extremas, como o adoecimento, a morte e os desafios em saúde podem evocar um aprofundamento dessa dimensão como um recurso (Calsavara et al., 2019). Para que esse profissional possa ser convocado e para que seja efetivo no seu trabalho, é preciso que a equipe detecte a necessidade religiosa/espiritual do paciente/familiar, sendo importante essa articulação de papéis no cuidado e um olhar da Enfermagem para essa investigação e reconhecimento.

Apesar de a literatura sugerir que as profissionais do sexo feminino têm maior percepção para um cuidado dessa ordem (Melhem et al., 2016), isso não foi observado neste estudo. Acredita-se, diante do que foi apresentado nas categorias, que as enfermeiras desses setores se sentem despreparadas e não têm conhecimentos de como a R/E vem sendo promovida na concepção de um cuidado humanizado e integrado. Além disso, sabe-se que outros fatores e dificuldades são encontrados por esses profissionais, interferindo na compreensão de como a R/E pode, de fato, fazer-se presente no cuidado de saúde como um componente efetivo.

Por fim, a sugestão para a inclusão desse conteúdo ou para a revisão de como a R/E tem sido apresentada na graduação em Enfermagem é um aspecto curricular que deve ser endereçado aos gestores desses cursos. Salienta-se que a expectativa que esses conteúdos envolvam práticas e protocolos de “como fazer” pode afastar esses estudantes de uma reflexão mais aprofundada e vivencial sobre o tema, perdendo a contribuição que a R/E tem para compressão da vida diante de situações que são caóticas e sem explicação, como proposto por Viktor Frankl (Bushkin et al., 2021). Assim, mais do que propor conteúdo ou protocolos fechados e padronizados, a abordagem da R/E no processo formativo pode ser aprofundada se for permitido que esses estudantes e futuros profissionais possam explorar as próprias vivências no campo da R/E. Além disso, é importante valorizar essa dimensão como possibilidade de reconhecimento do sujeito, de sua história e ancestralidade, de conexão com um elemento que ultrapassa as balizas biomédicas por vezes priorizadas em termos de evidências para a prática, o que nem sempre pode ser atestado quando envolvemos a exploração de um construto complexo e multifacetado como a R/E.

As falas das enfermeiras deste estudo também sugerem que o ensino da R/E seja reflexivo, articulado à prática, com discussões em grupo, dramatizações e supervisão de alunos, possibilitando a transposição da teoria para a prática do cuidado religioso/espiritual (Attard et al., 2014). A valorização dessa prática, longe de ser reduzida a modelos de “como fazer”, pode se beneficiar de abordagens respeitadas às diferentes R/E e que permitam a esses estudantes desconstruírem as barreiras que separam R/E e ciência, em uma possibilidade integrativa

alinhada a um exercício de humanização que, por escutar esse sujeito, possibilita, valida e acolhe a R/E como expressão e existência.

## **Conclusão**

Apesar dos avanços nos estudos sobre a R/E no campo da saúde, especificamente em relação à atuação da Enfermagem, na prática foi possível identificar que essas profissionais ainda não se sentem preparadas o suficiente sobre a temática e que recorrem ao apoio disponibilizado pelo hospital para lidarem com essas questões. As participantes destacaram a necessidade de preencher essa lacuna no processo formativo e garantir recursos efetivos que amparem a experiência clínica. Assinala-se, com este estudo, que a R/E ainda é incipiente no serviço de saúde retratado, obrigando-nos a rever as hipóteses de que tais setores poderiam potencializar o emprego da R/E tanto por parte das pacientes/familiares e das profissionais de Enfermagem. Aventa-se que esse movimento possa ter ocorrido pelos seguintes fatores: existência do serviço de capelania no hospital, terceirização do cuidado religioso/espiritual, ausência do tema na formação e dificuldades com o manejo desses elementos na assistência em saúde.

O fato de se tratar de uma amostra de um contexto sociocultural específico pode diminuir a diversidade de experiências e impressões no que se refere às próprias vivências pessoais e profissionais quanto a R/E. Além disso, o fato de ter sido realizada uma única entrevista pode produzir um aspecto de desejabilidade de respostas. Infelizmente, por envolver setores com restrição de pessoal, a não observação das rotinas e protocolos de cuidado dessas participantes por parte dos pesquisadores não permitiu observar, na prática, como a R/E se faz ou não presente no cotidiano desses setores.

Recomenda-se que os gestores desses setores também possam ser ouvidos, a fim de avaliar a cultura da instituição e como a R/E é transmitida para seus colaboradores. Ainda, que se possa investigar como a R/E também pode se fazer presente no cuidado voltado aos próprios profissionais. Recomenda-se, por fim, que a inclusão da R/E na formação em Enfermagem não seja apenas reprodutora de informações e conteúdo, mas possibilite conhecimentos – e vivências – de como a R/E pode ser um caminho na busca de sentido que acaba mobilizando para a vida.

## **Referências**

- Attard, J., Baldacchino, D. R., & Camilleri, L. (2014). Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today*, 34(12), 1460-1466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bezerra Segundo, W., Barros, R., Camelo, N., Martins, A. E., Ramos, H., & Almeida, C. (2018). A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para os recém-nascidos prematuros. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 16(2), 85-90. <https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90>
- Bushkin, H., van Niekerk, R., & Stroud, L. (2021). Searching for Meaning in Chaos: Viktor Frankl's Story. *Europe's Journal of Psychology*, 17(3), 233-242. <https://doi.org/10.5964/ejop.5439>.
- Caldeira, S., Figueiredo, A. M., Conceição, A. P., Ermel, C., Mendes, J., Chaves, E. ... Vieira, M. (2016). Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*, 7(11), 134-142. <https://doi.org/10.3390/rel7110134>
- Calsavara, V. J., Scorsolini-Comin, F., & Corsi, C. A. C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 92-102. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>.
- Cortez, E. A., & Teixeira, E. R. (2010). O enfermeiro diante da religiosidade do cliente. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(1), 114-19.
- Cunha, V. F., Almeida, A. A., Pillon, S. C., Fontaine, A. M. G. V., & Scorsolini-Comin, F. (2022). Religiosidade/espiritualidade na prática em Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(2), 131-150. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1287>
- Cunha, V. F., Pillon, S. C., Zafar, S., Wagstaff, C., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: A qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 1161-1168. <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>.
- Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on "spirituality, religion and health". *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(1), 11-16. <https://doi.org/10.1590/0101-6083000000073>
- Espinha, D. C. M., Camargo, S. M., Silva, S. P. Z., Pavelqueires, S., & Lucchetti, G. (2013). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(4), 98-106. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>.

- Foch, G. F. L., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2016). Enfrentamento Religioso-Espiritual de Mães com Bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1193-1203. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-01>
- Fontanella, B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G., Ricas, J., Turato, E., & Melo, D. (2011). Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
- Franzini, M. G. B., Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2022). Acolher o transcendente no hospital: Concepções de voluntários que promovem apoio religioso-espiritual. *Pistis & Praxis*, 14(3), 795-820. <https://doi.org/10.7213/2175-1838.14.003.DS05>
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Wiley Blackwell.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)
- Lewinson, L. P., McSherry, W., & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(6), 806-814. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011>
- Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Al-Rahim, M. A. (2016). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), 42-49. <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.173949>.
- Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B., & Trikamja, B. (2017). Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *Journal of Religion and Health*, 56, 1282-1301. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0100-z>.
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46-53. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>
- Pilotto, D. T. S., Vargens, O. M. C., & Progianti, J. M. (2009). Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 604-607. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400019>

- Précoma, D. B., Oliveira, G. M. M., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M. C. O., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787-891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., Ferrell, B. (2020). Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 777-784. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>
- Reinert, K. G., & Koenig, H. G. (2013). Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2622-2634. <https://doi.org/10.1111/jan.12152h>
- Ribeiro, B. M. S. S., Scorsolini-Comin, F., Santos, S. V. M., & Dalri, R. C. M. B. (2022). Brazilian nursing in pandemic times and the bicentennial of Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210081. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0081>
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4),137-146. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>
- Rossato, L., Sena, B. T. S., Ullán, A. M., & Scorsolini-Comin, F. (2023). Religious-spiritual coping in family caregivers of Brazilian children and adolescents with cancer. *Journal of Family Studies*, 29(5), 2213-2227. <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2157313>
- Sá, A. C., & Pereira, L. L. (2007). Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*, 31(2), 225-237. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.200731.2.10>
- Santos, L. M., Oliveira, I. L., Passos, S. S. S., Santana, R. C. B., Silva, J. D., & Lisboa, S. D. (2013). Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(3), 230-238. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v27i3.8684>
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., ... Hope, J. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), 216-230. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>

- Silva, A.P, Anjos, K. F., Vidal, D. B. N., Barata, R. S., & Santa Rosa, D. O. (2021). Mental health and nursing based on Viktor Frankl's theory: An integrative review. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 10(1), e833. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.833>
- Silva, G. C. N., Reis, D. C., Miranda, T. P. S., Melo, R. N. R., Coutinho, M. A. P., Paschoal, G. S., & Chaves, E. C. L. (2019). Coping religioso/espiritual e a angústia espiritual em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1534-1540. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>
- Silveira, D. R., & Gradim, F. J. (2015). Contribuições de Viktor Frankl ao movimento da saúde coletiva. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 21(2), 153-161. Available from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672015000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200005&lng=pt&tlng=pt).
- Tomasso, C. S., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1205-1213. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500019>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vieira, J. M. F., Farias, M. F., Santos, J. L., Davim, R. M. B., Silva, R. A. R. (2015). Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 7(4), 3206-3215. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3206-3215>
- World Health Organization. (1998). Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Geneva: World Health Organization. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70897>
- World Health Organization. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization. Available from [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)

## APOIO FINANCEIRO

Coordenação de Apoio ao Pessoal de Nível Superior (Capes), código de financiamento 001. Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Processo nº 409892/2018-1.

.

**Vivian Fukumasu da Cunha** - Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo.

**E-mail:** vivianfcunha@gmail.com

**Thaís Schiavon Fabbris** - Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

**Fabio Scorsolini-Comin** - Doutor em Psicologia e Educação pela Universidade de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP). “Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.”

**E-mail:** fabio.scorsolini@usp.br

;

Recebido em 30.11.2023  
Primeira decisão editorial em 23.01.2024  
Aceito em 11.04.2024