

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

**ESPIRITUALIDADE NA ATENÇÃO A PACIENTES/FAMÍLIAS EM  
CUIDADOS PALIATIVOS E OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**LUCIANA WINTERKORN DEZORZI**

**Porto Alegre, RS, Brasil**

**2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**ESPIRITUALIDADE NA ATENÇÃO A PACIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS E OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

LUCIANA WINTERKORN DEZORZI

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Mocellin  
Raymundo

Tese apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Medicina: Ciências Médicas, da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Programa de Pós-Graduação em Medicina:  
Ciências Médicas.

Porto Alegre

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

---

- D532e Dezorzi, Luciana Winterkorn  
Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde / Luciana Winterkorn Dezorzi ; orientação de José Roberto Goldim ; coorientação de Márcia Mocellin Raymundo. – Porto Alegre, 2016.  
142 f. ; 29 x 21 cm  
Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.
1. Espiritualidade. 2. Cuidado espiritual. 3. Pessoal de saúde. 4. Testes de validade. 5. Educação em saúde. 6. Educação médica. 7. Cuidado paliativo. I. Goldim, José Roberto, orientador. II. Raymundo, Márcia Mocellin, coorientadora. III. Título.

CDU: 616.083:2

---

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173

LUCIANA WINTERKORN DEZORZI

**ESPIRITUALIDADE NA ATENÇÃO A PACIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS E OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Luciana Fernandes Marques

Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Profa. Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla

Profa. Dra. Sílvia Regina Rios Vieira

Prof. Dr. José Roberto Goldim (Orientador)



## AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre um ato de amor que nos conduz a recordar e a sentir em nossos corações todos aqueles que nos auxiliaram e nos inspiraram durante a caminhada de aprendizado no planeta Terra. Gratidão é a sublime arte de reconhecer que vivemos em comunidade. Sendo assim, gostaria de dizer que sou eternamente grata a tantas pessoas que seria impossível citá-las nestas páginas.

Minha gratidão a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para alcançar a finalização desta pesquisa.

À Força Divina que está presente em mim e em tudo o que é conhecido ou ainda permanece como mistério.

Aos profissionais de saúde que gentilmente participaram desta pesquisa e, portanto, tornaram-na um elemento de colaboração com os estudos sobre espiritualidade e saúde disponíveis para auxiliar no cuidado daqueles que são a razão de nossas profissões, pacientes e familiares.

Aos profissionais que compuseram o comitê de especialistas e que compartilharam seus saberes para tornar disponível um instrumento com forte potencial de auxiliar nos processos de educação em saúde e espiritualidade.

Aos meus pais que já partiram um agradecimento especial, por me oportunizarem esta caminhada espiritual de aprendizado no planeta azul que amorosamente chamamos de Terra. Serei eternamente grata a tudo que me ensinaram, especialmente, a minha mãe que me ensinou minhas primeiras práticas espirituais, as orações que carrego no meu coração junto com a saudade que sinto deles, vocês sempre estão presentes espiritualmente em minha vida.

Ao meu esposo e companheiro Carlos, amigo e amor de todas as horas, por sua sensibilidade, sua paciência, sua compreensão, sua força, suas

contribuições e seu trabalho nos bastidores, suas incansáveis leituras e correções de todas as produções para tese e, principalmente por, nos momentos difíceis, não me deixar esmorecer e permanecer firme nos propósitos para que este estudo se concretizasse.

Ao orientador da primeira etapa da pesquisa, Professor Dr. Ricardo dos Reis que acreditou na potencialidade do desenvolvimento de uma pesquisa sobre espiritualidade no Pós-Graduação de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que partiu para um novo trabalho no Hospital de Barretos no interior de São Paulo, provavelmente movido por seus ideais espirituais.

Aos orientadores, Professor Dr. José Roberto Goldim e Professora Dra. Márcia Mocellin Raymundo (coorientadora), que compartilharam comigo suas sabedorias e suas compreensões sobre pesquisa e espiritualidade na perspectiva da bioética complexa. Gratidão a vocês queridos amigos e mestres!

Ao Professor Dr. René van Leeuwen e sua equipe de pesquisadores e autores da *Spiritual Care Competence Scale* que possibilitaram e colaboraram fundamentalmente no processo de validação transcultural do instrumento para o português do Brasil e na análise dos resultados.

À Professora Dra. Dônia Baldacchino por me inspirar com seu trabalho dedicado nas pesquisas e na educação sobre espiritualidade no cuidado de enfermagem; por me apoiar desde a pesquisa do mestrado e, também, por me auxiliar nos primeiros contatos com o Dr. René.

Aos amigos e aos colegas do Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Espiritualidade e do Núcleo Interdisciplinar de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio e forças ao longo destes anos. Um especial

agradecimento ao Lucas e a Natália por seu apoio a elaboração do banco do Nvivo que servirá de base para futuras produções bibliográficas.

Às queridas amigas Suzana Záchia e Elenara Franzen, um agradecimento especial, pois estiveram presentes em todas as horas auxiliando com seus conhecimentos e com suas leituras das primeiras versões dos textos e das traduções em inglês. Minha gratidão e minha admiração.

Às minhas colegas e queridas amigas-irmãs, as enfermeiras e as professoras do Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB), minha gratidão plena, sem vocês não seria possível, pois tantas vezes, brilhantemente me substituíram e organizaram minhas agendas de enfermagem ambulatorial para que eu pudesse realizar a pesquisa e a escrita da tese. Além de todo apoio carinhoso e estímulos ao longo desta jornada.

À minha colega e amiga do doutorado Elise Hillmann que muito me incentivou a iniciar esta pesquisa e que, mesmo no Canadá com sua família, permaneceu presente. Querida Elise muito obrigada por me inspirar e me apoiar.

À Ceres Oliveira por sua paciência de me ensinar e me auxiliar nas análises estatísticas tão fundamentais para este estudo.

Ao Rafael Zimmer pela colaboração no desenvolvimento dos instrumentos e acesso aos dados da ferramenta SurveyMonkey.

À Marina Miranda Fagundes por revisar as normas das produções bibliográficas ao longo deste percurso.

À equipe da ginecologia oncológica por seus ensinamentos e por sua parceria, especialmente, aos residentes de medicina no cuidado das pacientes em minhas ausências ao longo destes anos. Um agradecimento especial a Dra

Heleusa Mônico com quem aprendi e aprendo todos os dias a melhor cuidar de nossas pacientes.

Às técnicas de enfermagem do SEAMB que sempre estiveram ao meu lado me incentivando e me cuidando. Gratidão Amélinha, Verinha, Soleci, Viviane e Valquíria! Vocês fazem a diferença no dia-a-dia da zona seis.

Ao Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com sua equipe de professores e funcionários que tornaram possível o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, minha segunda casa, que completa em 2016 quarenta e cinco anos de uma história de vanguarda na assistência, no ensino e na pesquisa.

Às Colegas enfermeiras da diretoria da Associação dos Enfermeiros do Hospital de Clínicas e aos recepcionistas minha gratidão por me apoiarem neste percurso e me apoiando no dever de cuidar desta preciosa entidade.

À Iara Trindade minha amiga e terapeuta que me deu muita força para superar as barreiras do estresse mental e psicológico de conciliar trabalho e estudo ao longo destes quatro anos. Seu apoio foi fundamental em todos os momentos deste percurso. Gratidão eterna!

A minha família, minhas queridas irmãs Súen, Liége e meu sobrinho João por me ensinarem muito mais do que eles imaginam. Vocês são muito preciosos na minha vida. E a todos aqueles que preenchem meu coração de alegria e amor. Não há espaço para citá-los e também para expressar meus sentimentos de gratidão pela força, pela paciência, e pela compreensão das trilhas percorridas no doutorado e minhas tantas ausências.

Eu não poderia deixar de agradecer também a presença dos meus “carinhosos gatitos” que foram grandes companheiros dos longos dias de escrita da tese e amorosamente me alegraram com seu afeto e sua compreensão espiritual não humana.

Este trabalho foi feito a muitas mãos e muitos corações das pessoas que amo e admiro e as quais sou imensamente grata, pois colaboraram na construção amorosa desse estudo; não há palavras que possam expressar tanto apreço e tanta gratidão. Espero que a dinâmica da vida e da convivência espiritual seja capaz de responder ao lançamento destes ideais...

## RESUMO

**Base Teórica:** Nas duas últimas décadas houve um crescimento no número de estudos que abordam o tema espiritualidade em cuidados paliativos, ressaltando o impacto desta dimensão na qualidade de vida dos pacientes/famílias. A atenção às necessidades espirituais tem sido reconhecida como um importante aspecto de avaliação da qualidade assistencial nas instituições de saúde. Os estudos indicam que uma das principais barreiras para uma abordagem que inclua espiritualidade no cuidado tem sido a falta de preparo/educação dos profissionais de saúde.

**Objetivos:** Desenvolver e avaliar a eficácia do uso de um módulo de educação sobre espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos para os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para alcançar este objetivo foi necessário na primeira etapa da pesquisa realizar o processo de adaptação/validação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da *Spiritual Care Competence* (SCCS) para o português falado no Brasil.

**Método:** Na primeira etapa foi realizado um estudo de validação que seguiu os passos de Beaton: tradução para o português, retradução para o inglês, correção e adaptação semântica pelo comitê de especialistas, avaliação da clareza da versão pré-final e medidas psicométricas da versão final em português.

Na segunda etapa foi realizado um estudo quase-experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, a partir de uma abordagem quantitativa, com profissionais de saúde do HCPA. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado e da SCCS-versão brasileira. **Resultados:** Participaram da etapa de validação da SCCS 181 profissionais de saúde. Quanto à consistência interna, o alfa de Cronbach apresentou valor total de 0,92 e a média de correlação inter-

item foi de 0,29. O teste-reteste demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa nas seis subescalas e o coeficiente de concordância intraclasse variou de 0,69 a 0,84, demonstrando a estabilidade da escala. Na etapa de uso do módulo de educação participaram 52 profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos no HCPA. Foram observadas diferenças significativas entre as medidas pré e pós-intervenção nas seguintes dimensões da SCCS - versão brasileira: avaliação e implementação do cuidado espiritual, profissionalização e melhoria da qualidade do cuidado espiritual, apoio e aconselhamento individualizado ao paciente ( $p < 0,001$ ) e encaminhamento ( $p = 0,003$ ). **Conclusão:** Estes dados indicam a qualidade das propriedades psicométricas da SCCS – versão brasileira para uso com profissionais de saúde. Quanto ao desenvolvimento e uso do módulo de educação permanente, os dados fornecem evidências preliminares, demonstrando os efeitos positivos do uso desta intervenção educativa no desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde para uma abordagem integral, centrada no paciente/família e que contemple a atenção às suas necessidades espirituais e a sua participação no processo de tomada de decisão dos cuidados paliativos. Com base nos resultados deste estudo, sugere-se a necessidade da inclusão dos temas espiritualidade e cuidado espiritual nas bases curriculares e nos processos de educação permanente de instituições de ensino, assistência e pesquisa em saúde.

**Palavras-chave:** espiritualidade, cuidado espiritual, testes de validade, educação, educação médica, educação de enfermagem, profissionais de saúde, cuidados paliativos.

## ABSTRACT

**Theoretical Basis:** Over the last two decades there has been an increase in the number of studies that address spirituality in palliative care, highlighting the impact of this dimension on patient/family quality of life. Attention to spiritual needs is recognized as an important aspect of evaluating the quality of care in health institutions. Studies indicate that one of the main obstacles to an approach which includes spirituality in palliative care has been the lack of preparation/education for healthcare professionals in relation to this issue. **Objectives:** Develop and evaluate the effectiveness of an education module on spirituality and spiritual care for patients/families under palliative care by healthcare professionals in Hospital de Clínicas de Porto Alegre. To achieve this objective it was necessary in the first stage of the research to carry out the cross-cultural adaptation/validation process and psychometric properties evaluation of the Spiritual Care Competence Scale for the Portuguese spoken in Brazil. **Methods:** During the first stage a validation study was conducted following the steps of Beaton: translation into Portuguese, back-translation into English, expert committee review for semantic equivalence, assessment of the clarity of the pre-final version, and evaluation of the psychometric properties of the final version in Portuguese. For the second stage, a quasi-experimental study, the pre-test and post-test type, from a quantitative approach, was carried out with health professionals of the HCPA. Data collection was conducted through the use of a semi-structured questionnaire and the SCCS - Brazilian version. **Results:** 181 health professionals participated in the validation stage of SCCS. Regarding the internal consistency, Cronbach's alpha showed a total value of 0.92 and the average inter-item correlation was 0.29. Test results



demonstrated no statistically significant differences in the six subscales. The intraclass correlation coefficient ranged from 0.69 to 0.84, demonstrating the stability of the scale. Fifty-two healthcare professionals, who work in palliative care at HCPA, attended the education module. Significant differences were observed between pre and post-intervention in the following dimensions of SCCS - Brazilian version: assessment and implementation of spiritual care, professionalization and improving of spiritual care quality, personal support and patients counselling ( $p < 0.001$ ) and referral ( $p = 0.003$ ). **Conclusion:** These data indicate the quality of the psychometric properties of SCCS - Brazilian version for use with health professionals. Through the development and use of the continuing education module, the results of this study provide preliminary evidence demonstrating the positive effects of using this educational intervention in developing the skills of healthcare professionals for a comprehensive approach centered on the patient/family including attention to their spiritual needs and their participation in the palliative care decision-making process. Based on the results of this study, we can suggest the necessity the inclusion of the theme of spirituality and spiritual care in curricular bases and in the continuing health education processes.

**Key words:** spirituality, spiritual care, validity tests, education, medical education, nursing education, health professional, palliative care.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Table 1 - Distribution of frequencies and percentages of the sociodemographic characteristics of health professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	81
Table 2 - Principal component analysis of the Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	83
Table 3 - Scores on the Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version and association with responses relating to spiritual and/or religious choice, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	87
Table 4 - Test-retest reliability analysis at 2- to 4-week time interval, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	88

### Artigo 2

Table 1 - Distribution of frequencies and percentages of socio demographic characteristics of healthcare professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	105
Table 2 - Comparison of pre and post-intervention education module scores obtained from health professionals sample (n = 42), Porto Alegre, Brazil, 2016 .....	107
Table 3 - Association with religious and/or spiritual belief, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	109
Table 4 - Association between education level and experience using the Spearman correlation coefficient, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 .....	111

## LISTA DE FIGURAS

### Revisão de Literatura

- Figura 1 - Modelo esquemático da estratégia de busca das informações 25
- Figura 2 - Esquema marco conceitual..... 44

### Artigo 2

- Figure 1 - Comparison of mean scores pre and post-intervention education module, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016 ..... 108

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMA	Associação Médica Americana
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
E/R	Espiritualidade/Religiosidade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
JCI	Joint Commission International
NEISE	Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Espiritualidade
PubMed	U. S. National Library of Medicine
SCCS	Spiritual Care Competences Scale
SciELO	Scientific Electronic Library Online
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
2.1 <i>Estratégias para localizar e selecionar as informações .....</i>	24
2.2 <i>Espiritualidade em cuidados paliativos .....</i>	25
2.2.1 <i>Espiritualidade e cuidados paliativos: diversidade conceitual .....</i>	26
2.2.1.1 <i>Conceitos de cuidados paliativos .....</i>	26
2.2.1.2 <i>Conceitos de espiritualidade .....</i>	28
2.2.1.3 <i>Conceitos de cuidado espiritual .....</i>	31
2.2.2 <i>Espiritualidade e qualidade de vida em cuidados paliativos.....</i>	32
2.3 <i>Espiritualidade na educação dos profissionais de saúde.....</i>	39
<b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>44</b>
<b>4. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>45</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>
5.1 <i>Objetivo primário .....</i>	47
5.2 <i>Objetivos secundários.....</i>	47
<b>6. REFERÊNCIAS DA TESE .....</b>	<b>48</b>
<b>7. PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
• <i>Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde (APÊNDICE A).....</i>	59
• <i>Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde (APÊNDICE B) .....</i>	59
7.1 <i>Artigo 1 – Cross-cultural adaptation and validation of the spiritual care competence scale for use in Brazil .....</i>	60

7.2 Artigo 2 - <i>Spirituality in the continuing education of healthcare professionals: a bioethical approach to palliative care</i> .....	88
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	<b>112</b>
<b>APÊNDICE A – Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde</b> .....	<b>116</b>
<b>APÊNDICE B – Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde</b> .....	<b>157</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>174</b>
<b>APÊNDICE D – Questionário para profissionais de saúde</b> .....	<b>176</b>
<b>APÊNDICE E – Spiritual Care Competence Scale - Versão Brasileira</b> .....	<b>179</b>
<b>ANEXO A – Autorização para validação Spiritual Care Competence Scale para o português do Brasil</b> .....	<b>184</b>
<b>ANEXO B – Spiritual Care Competence Scale – Versão Original em Inglês</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO C – Confirmação Journal Of Clinical Nursing</b> .....	<b>190</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa surge de uma trajetória de estudos sobre a temática da espiritualidade no cuidado em saúde iniciada nos primeiros anos deste milênio com a minha pesquisa de mestrado intitulada “*Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva*”, na qual encontram-se as recomendações de que este tema deveria ser incluído na educação permanente dos profissionais de saúde e que precisava ser aprofundado por meio de novas pesquisas.

Para atingir esta finalidade, o presente estudo foi estruturado em oito capítulos que buscam responder aos objetivos desta pesquisa.

O primeiro capítulo versa sobre a introdução do tema e a relevância do estudo.

O segundo e o terceiro capítulos abordam a fundamentação teórica do estudo a luz dos referenciais que tratam sobre espiritualidade em cuidados paliativos e sobre os processos de educação dos profissionais de saúde.

O quarto e quinto capítulos descrevem a justificativa e os objetivos deste estudo e no sexto estão disponíveis as referências utilizadas.

O sétimo capítulo apresenta as produções bibliográficas construídas durante o percurso da pesquisa. Para dar suporte didático ao módulo de educação permanente foram elaborados dois e-books intitulados: “Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde” e “Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia para profissionais de saúde”. O percurso metodológico e os resultados da pesquisa estão descritos em dois artigos em inglês. O primeiro, intitulado “*Cross-cultural*

*adaptation and validation of the Spiritual Care Competence Scale for use in Brazil*” descreve as diversas etapas do processo de adaptação/validação transcultural e de avaliação das propriedades psicométricas deste instrumento. E o segundo o artigo, intitulado “*Spirituality in the continuing education of healthcare professionals: a bioethical approach to palliative care*”, apresenta os resultados da avaliação da eficácia de módulo de educação na educação dos profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos.

Por conseguinte, o oitavo capítulo descreve as considerações finais sobre o percurso de quatro anos de desenvolvimento da pesquisa e as recomendações para futuros estudos.



## 1. INTRODUÇÃO

Espiritualidade e cuidado espiritual têm sido reconhecidos como elementos essenciais em cuidados paliativos. Embora, grande parte dos profissionais de saúde reconheça a importância dos aspectos espirituais para saúde e qualidade de vida dos pacientes<sup>1</sup>, poucos são os que se sentem preparados para abordar e incluir as demandas de espiritualidade no cotidiano do cuidado.

No momento em que os profissionais de saúde se veem diante de um paciente em cuidados paliativos, a ótica de esforços extremos para salvar a vida humana deve mudar para uma ótica de cuidados que visa promover a qualidade de vida. Mesmo que seja a morte um tema tão antigo quanto à humanidade, a perspectiva de cuidados paliativos ainda é uma área emergente do conhecimento nas ciências da saúde.

Na convivência com diversas equipes multiprofissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ainda se percebe lacunas do processo de educação e os dilemas vivenciados por estes quando a morte de um paciente se aproxima. É neste contexto, de necessidade de adequação de cada etapa do cuidado, que muitos pacientes e suas famílias gostariam de ter suas necessidades espirituais contempladas.

Numerosos estudos tem abordado a importância da inclusão da espiritualidade nos cuidados em saúde de pacientes<sup>2-12</sup> e na educação dos profissionais de saúde<sup>13-24</sup>. Pacientes reconhecem que a espiritualidade e a religiosidade são suportes importantes para enfrentar o processo de adoecimento e que gostariam que os profissionais de saúde abordassem e

atendessem suas necessidades espirituais<sup>10</sup>, mas esta abordagem tem sido infrequente<sup>1</sup>.

Pesquisas também sugerem que os profissionais de saúde reconhecem a importância da espiritualidade na vida de seus pacientes e familiares<sup>1,10</sup>. No entanto, referem uma série de barreiras à inclusão de uma abordagem de cuidado que contemple atenção à dimensão espiritual. Entre elas, está a falta de preparo/educação dos profissionais para abordar este tema no cotidiano do cuidado, bem como, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, a dificuldade de comunicação, as preocupações de enfrentar dilemas éticos e de causar constrangimento por divergências de crenças entre profissionais e pacientes. Também, relacionam a invasão de privacidade e a dificuldade de identificar o momento em que o paciente deseja falar sobre suas crenças e valores espirituais<sup>25-27</sup>. Essas barreiras podem ser ultrapassadas à medida que o profissional de saúde amplia sua compreensão e sua educação sobre o tema, superando medos e preconceitos.

Neste sentido, em muitos países as universidades e as instituições de saúde estão incluindo gradualmente os temas espiritualidade e cuidado espiritual em suas bases curriculares<sup>28-30</sup>. No Brasil, vem ocorrendo um movimento crescente de formação de grupos e núcleos de pesquisa que colaboram para transpor as lacunas de formação que são consideradas umas das principais barreiras para que as necessidades espirituais de pacientes e famílias sejam identificadas e atendidas. Porém, há poucos estudos que abordam a inclusão desta temática no âmbito dos processos de educação permanente<sup>31,32</sup> nas instituições de saúde.

O Núcleo Interinstitucional de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), há mais de 20 anos, constitui-se em um espaço para discussões bioéticas interdisciplinares sobre a adequação dos cuidados e tratamentos em saúde com as necessidades espirituais dos pacientes/famílias<sup>33,34</sup>.

Em 2010, o HCPA foi submetido a uma avaliação inicial (diagnóstica) pela *Joint Commission International* (JCI) que em seu parecer incluiu também a necessidade de estabelecer e de melhorar o processo sistematizado de identificação, de atenção e de respeito a crenças e valores espirituais e religiosos, bem como um cuidado centrado no paciente/família em toda a organização<sup>35,36</sup>.

Tendo em vista, os critérios de avaliação da JCI, foram criados grupos de trabalho para tratar das questões que estavam em desconformidade aos padrões de qualidade internacionais. Para o Grupo de Trabalho Direitos de Pacientes e Familiares, alguns profissionais de saúde do HCPA, que anteriormente vinham desenvolvendo oficinas, rodadas de conversa e estudos sobre a temática da espiritualidade no cuidado em saúde, foram convidados a integrar e planejar as ações de melhorias no que se refere à identificação e à atenção de crenças e de valores espirituais e religiosos.

Por consequência, o Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Espiritualidade e Saúde (NEISE) do HCPA foi criado em 2011 com vistas a ampliar e promover as ações educativas sobre espiritualidade nos cuidados em saúde, com base em evidências científicas e no compartilhar das diversas experiências dos profissionais de saúde. Neste caminho, também foram

criados algumas ferramentas de apoio aos profissionais de saúde no que tange o processo de sistematização da assistência ao paciente/família.

Estas iniciativas têm contribuído para melhorar o processo de educação continuada de profissionais de saúde para uma abordagem que contemple as necessidades espirituais dos pacientes/famílias no processo de tomada de decisão dos cuidados em saúde.

Apesar desses esforços, ao lançar um olhar crítico sobre o contexto do cuidado e das bases curriculares de educação dos profissionais de saúde, percebe-se que a despeito dos grandes avanços tecnológicos das ciências da saúde, ainda será necessário avançar mais para superar a cultura atual, onde prepondera uma visão reducionista e fragmentada que não tem integrado a diversidade de saberes necessários para atenção à complexidade humana<sup>34,37</sup>.

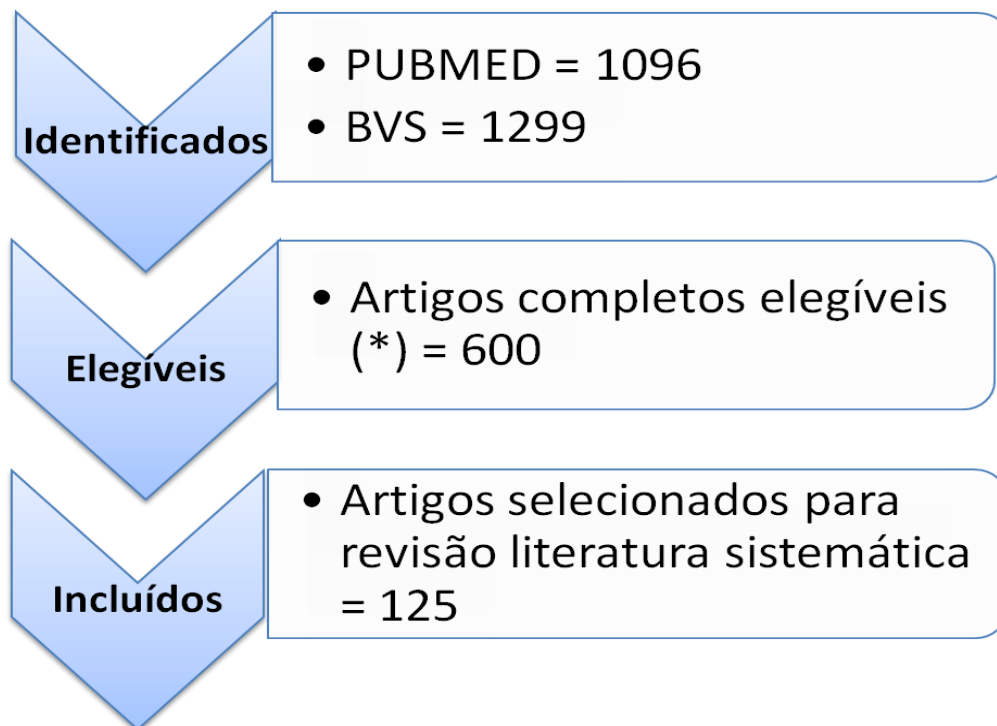
Desta maneira, este estudo tem a intenção de somar esforços para ampliação de uma base de pesquisas no âmbito nacional e internacional sobre espiritualidade e cuidado espiritual na formação e nos processos de educação permanente de profissionais de saúde. Por consequência, ressalta-se a importância da atenção à espiritualidade em uma abordagem centrada no paciente/família que seja capaz de integrar a sua plena participação no processo de decisão dos cuidados paliativos e que promova a sua qualidade de vida.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Estratégias para localizar e selecionar as informações

Esta estratégia buscou informações sobre espiritualidade em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde. A estratégia para localizar e selecionar as informações envolveu as seguintes bases de dados: *U. S. National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na busca realizada nos bancos de dados PubMed e BVS foi utilizado filtro de data e textos completos correspondendo ao período de 2005 a 2016. Os termos utilizados nas buscas foram os seguintes: “spirituality”, “*spiritual care*”, “*palliative care*”, “*education*”, “*medical education*”, “*nursing education*”, “health professional education”, “bioethics” “validity tests” e suas combinações. A síntese dos resultados desta etapa está apresentado na figura 1 com as duas principais bases consultadas. Para composição da revisão da literatura, igualmente foram consultados a Biblioteca Digital Brasileira de teses e dissertações e livros sobre a temática do estudo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa adotou-se as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>38</sup>.



**Figura 1 - Modelo esquemático da estratégia de busca das informações**

\* Critérios de exclusão dos artigos: tema não relacionado aos objetivos da pesquisa; artigos não disponíveis na íntegra; artigos não disponíveis em inglês e/ou português.  
Fonte: elaborado pela autora (2016).

## 2.2 Espiritualidade em cuidados paliativos

A abordagem de cuidados paliativos evidenciada no trabalho e na retomada dos *Hospices* no Reino Unido nos anos 50 por Ciceli Saunders reacendeu a atenção profissional para uma visão ampla e integral do ser humano que enfrenta seu processo de morte, resgatando para os cenários do cuidado a atenção integral que contempla às questões espirituais.

É notável o grande crescimento no número de estudos que abordam o tema espiritualidade em saúde e também em cuidados paliativos nos últimos vinte anos, assegurando uma base teórica para novas pesquisas.

## 2.2.1 Espiritualidade e cuidados paliativos: diversidade conceitual

### 2.2.1.1 Conceitos de cuidados paliativos

O primeiro conceito de cuidados paliativos foi publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, afirmando que é um cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são essenciais<sup>39</sup>.

Em 2002, o conceito de cuidados paliativos da OMS ampliou-se para uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais<sup>39</sup>.

Os objetivos fundamentais em cuidados paliativos são:

- proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal;
- pretender nem acelerar ou adiar a morte;
- integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente/família;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e em seu próprio luto;

- usar uma abordagem de equipe interdisciplinar para atender as necessidades dos pacientes e suas famílias;
- pretender melhorar a qualidade de vida, e também poder influenciar positivamente no decurso da doença<sup>39</sup>.

Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram vistos como aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente. Atualmente, podem ser oferecidos no estágio inicial do curso de uma determinada doença progressiva, avançada e incurável<sup>40</sup>. A palição ganha expressão e importância para o paciente/família à medida que o tratamento modificador da doença (em busca de cura) perde sua efetividade. Na fase final da vida são imprescindíveis e perduram no período do luto, de forma individualizada<sup>41</sup>.

De acordo com o *National Consensus Project for Qualitative Palliative Care* de 2013<sup>42</sup>, cuidado paliativo está centrado no paciente/família e busca otimizar a qualidade de vida antecipando, prevenindo e tratando o sofrimento ao longo de toda a doença. Neste caminho devem ser atendidas as necessidades físicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais a fim de proporcionar ao paciente autonomia, acesso à informação e escolhas<sup>43</sup>.

Deve ser realizado por equipes multidisciplinares que atuem interdisciplinarmente, tanto em ambiente hospitalar como nos domicílios. A importância dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades desta assistência. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para o controle dos sintomas, para o alívio do sofrimento humano e para a qualidade de vida<sup>39</sup>.

A essência dos cuidados paliativos é espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte dando a ela significado. E, enquanto houver



significado na experiência humana haverá esperança<sup>43</sup> no processo de viver e de morrer.

### *2.2.1.2 Conceitos de espiritualidade*

Espiritualidade é uma dimensão humana que se traduz em compreensões diversas e individuais<sup>44</sup>. Os termos religião e espiritualidade não são permutáveis ou sinônimos. O termo religião frequentemente se refere a um sistema organizado de fé, crenças, práticas, rituais e linguagem que caracterizam uma comunidade, geralmente baseado na crença de um ser divino<sup>45,46</sup>. Religião representa uma das muitas formas de expressão espiritual<sup>47</sup>. Enquanto isso, espiritualidade tem sido definida como uma busca pessoal por significado e propósito de vida, a qual pode ou não estar relacionada à religião<sup>44,47-50</sup>.

Sugere-se que espiritualidade possa estar ligada à propensão de construir significado através de um senso de conexão com dimensões que transcendam o ego e que podem ser vivenciadas a nível intrapessoal (conectando-se consigo mesmo), interpessoal (no contexto do outro e do ambiente natural) e transpessoal (em conexão com o que não está visível, como uma força maior)<sup>51</sup>.

A falta de consenso sobre uma definição abrangente de espiritualidade, que contemple a todos, e as lacunas no processo de educação tem sido alguns dos principais motivos aos quais pesquisadores e profissionais relacionam a pouca atenção dedicada às necessidades espirituais no cuidado de pacientes em final de vida<sup>52</sup>.

Argumenta-se que as definições de espiritualidade contemporâneas possam não ser culturalmente sensíveis<sup>53</sup>. Boa parte dos conceitos, que propõe universalidade, pode não ser relevante para todos os profissionais de saúde, assim como para todos pacientes/famílias, desrespeitando as crenças e os valores individuais. Quando se pensa em envolver espiritualidade no cuidado, a prerrogativa da ética é imprescindível.

Na conferência internacional *On Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: The Transformational Role of Compassion, Love and Forgiveness in Health Care*, realizada em janeiro de 2013, uma equipe interdisciplinar de *experts* nesta área construiu uma base conceitual. Desse modo, espiritualidade foi definida como um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam significado, propósito, transcendência e experiência de relação consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com o que é significativo e/ou sagrado. “Espiritualidade se expressa por meio de crenças, valores, tradições, práticas”<sup>54</sup>.

Contudo, mesmo sendo espiritualidade mais um termo em que não há consenso de definição, como cuidado e saúde, cabe lembrar que não se deixa de cuidar e de se educar em saúde por esse motivo. Portanto, observa-se que a espiritualidade não pode ser excluída da prática e do ensino do cuidado em saúde pelo argumento da impossibilidade de se encontrar uma definição ampla e universal aceita por todos. Cuidar em meio à diversidade não é novidade para os profissionais de saúde, mas regras rígidas e inflexíveis podem aumentar a complexidade de se envolver espiritualidade no cuidado. É preciso aprender a cuidar em meio à diversidade<sup>44</sup>.

Espiritualidade, talvez, deva ser considerada como a definição de dor, saúde e qualidade de vida, ou seja, por sua natureza subjetiva é aquilo que o indivíduo diz que é e que, portanto, engloba o respeito à liberdade de cada ser. Tendo em vista esse pensamento, ética e espiritualidade podem se entrelaçar em um movimento de transcendência de um cuidado que prioriza o ser doente para aquele que vislumbra o ser humano em sua multidimensionalidade<sup>44</sup>.

Neste sentido, espiritualidade diz respeito aos caminhos nos quais homens e mulheres podem entender sua existência, a compreensão da vida<sup>55</sup> e da morte. É o conhecimento da individualidade, do que há na interioridade do ser. É importante indicar que esse conhecimento não é a compreensão de fatos intelectuais, mas propriamente uma reverência aos mistérios da vida e, portanto, não é algo que possa ser considerado como inatingível por pessoas com dificuldades de aprendizado e/ou comprometimento neurológico<sup>50</sup>. Ela é inerente a todo ser humano e deve ser desvelada pela vivência e pelas descobertas de cada um<sup>56</sup>.

Acredita-se na espiritualidade como algo real, que permite a interligação entre os seres humanos, transcendendo a realidade física/material. Ela permeia os encontros autênticos e traduz-se na atenção contida em um toque, em um olhar, em um gesto, concretizando-se em cuidado duradouro capaz de ultrapassar a fronteira espaço-temporal. É um compartilhar de experiências que compreende sensibilidade, compaixão, tolerância, paciência, confiança e empatia. É um encontro de autoconhecimento do ser com sua dimensão mais fiel e bela – a Espiritual, e que possibilita uma conexão consigo mesmo e com o Cosmo, onde se alcança recursos inigualáveis que podem influenciar a vida humana e suas relações com o universo<sup>56</sup>.

Considera-se que a dimensão espiritual de uma pessoa é a qualidade mais profunda do seu próprio ser. É o que constitui suas motivações últimas, seu ideal, sua utopia, sua paixão, a mística pela qual vive e assume com base em sua definição individual e em sua orientação histórica, contagiando os outros e mediando recursos da linguagem traduzidos como: sentido, consciência, inspiração, vontade profunda, autoconhecimento, valores que conduzem à vida<sup>57</sup> e ao viver.

### *2.2.1.3 Conceitos de cuidado espiritual*

Quanto aos conceitos de cuidado espiritual considera-se que ele é parte da arte do exercício dos profissionais de saúde e tem sido definido como o reconhecimento, o respeito e a satisfação das necessidades espirituais dos pacientes<sup>24,54,58</sup>.

Por sua vez, cuidado espiritual é aquele que reconhece e responde às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza. O paciente pode querer encontrar significado para o momento vivido e para as mudanças em sua vida, buscando apoio em sua fé (por meio de ritos, oração ou práticas espirituais), ou simplesmente pode estar em busca de um ouvinte sensível. Cuidado espiritual começa com o contato humano encorajador e com um relacionamento compassivo<sup>59</sup>, capaz de se mover na direção que a necessidade requer<sup>60</sup>.

O cuidado espiritual está fundamentado em bases teóricas como o modelo biopsicossocial<sup>61</sup> e no cuidado integral centrado no paciente<sup>62</sup>. Estes modelos de atenção reconhecem que há mais para o cuidado do paciente do

que a dimensão física. Nesta maneira de cuidar, encontram-se evidências da necessidade de um processo de tomada de decisão compartilhada e que é capaz de promover a qualidade de vida de pacientes/famílias<sup>63,64</sup>.

### 2.2.2 Espiritualidade e qualidade de vida em cuidados paliativos

Os resultados de estudos têm demonstrado uma associação entre as crenças e os valores espirituais e religiosos com saúde física e mental, com a adesão ao tratamento, com a tomada de decisão e com questões éticas durante a vida e o processo de morrer<sup>62,65-70</sup>.

Pesquisa recentemente publicada no Brasil “ressalta que a espiritualidade pode ser uma importante variável associada à adesão ao tratamento para pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca” e sugere que profissionais da área da saúde devem estar cientes de sua importância na melhora dos resultados de práticas clínicas e na implementação de medidas para abordar necessidades espirituais dos pacientes<sup>11</sup>.

Destacam-se as evidências que muitos pacientes gostariam que os profissionais de saúde abordassem suas necessidades espirituais e que estas, resguardando-se os aspectos éticos envolvidos, poderiam trazer benefícios significativos para o tratamento<sup>26,33,62,71-73</sup> e para o cuidado.

A valorização da experiência espiritual que é moldada pela cultura e pela visão de mundo deve ser compreendida na esfera do cuidado, uma vez que tem influência sobre hábitos de vida como: maneira de se vestir, alimentação, toque corporal, visão sobre o tratamento, rituais durante a vida e a morte, bem como o cuidado com o corpo após a morte<sup>73</sup>. Crenças e valores interferem na

maneira que a pessoa pensa e planeja o seu cotidiano, o que inclui a adesão às orientações dos profissionais de saúde em seus hábitos de vida.

Embora necessidades espirituais possam ser reconhecidas como parte essencial da vida de muitas pessoas e contribuam para a qualidade de vida, na área de cuidados paliativos passa a ser, muitas vezes, um elemento central do cuidado. Em uma pesquisa com 340 pacientes com doença avançada, a maioria dos pacientes considerou questões espirituais importantes e mais de 80% indicaram que ser preparado para morte, estar em paz com Deus, rezar, sentir que sua vida está completa é importante no fim da vida<sup>74</sup>.

Espiritualidade e religiosidade são dimensões centrais para pacientes que estão em cuidados paliativos<sup>63,74-76</sup>, pois é onde encontram esperança. Algumas pesquisas tem demonstrado que espiritualidade preserva a qualidade de vida do paciente a despeito dos sintomas físicos severos<sup>63,77,78</sup>, dá suporte e aceitação ao prognóstico<sup>78</sup> da doença e protege contra a perda da esperança e o desespero na proximidade da morte<sup>79</sup>.

Para pacientes e familiares, cuidado físico pode ser crucial, no entanto é considerado um dos componentes do cuidado integral. Enquanto os médicos tendem a se concentrar mais em aspectos físicos, pacientes e famílias tendem a ver, especialmente em cuidados de final de vida, o significado psicossocial e espiritual que é moldado por suas experiências<sup>74</sup>.

Embora o foco biomédico atualmente seja o mais natural para profissionais da área médica, eles devem reconhecer outras necessidades dos pacientes e facilitar os meios para que elas sejam abordadas<sup>63,74</sup>. É o que reitera a fala de um paciente em estudo qualitativo sobre espiritualidade em cuidados paliativos: “quando falamos sobre cura ou cuidado de pacientes

(médicos e enfermeiros) tem que se pensar sobre mente, corpo e espiritualidade. Pensar a pessoa como um todo”<sup>80</sup>.

Cuidados com qualidade no final da vida são individuais e devem ser alcançados através de um processo de tomada de decisão compartilhada e comunicação clara capaz de reconhecer os valores e as preferências dos pacientes e suas famílias.

Ao perceber que cada paciente é único e traz consigo suas próprias necessidades, capacidades, valores e crenças, as instituições de saúde, que pretendem estabelecer com os pacientes uma comunicação aberta e de confiança, necessitam criar processos educativos para seus profissionais, especialmente, para compreender e atender os valores culturais, psicossociais e espirituais. Os resultados do cuidado melhoram quando os pacientes/famílias são envolvidos nos processos e nas decisões sobre os cuidados, de acordo com suas expectativas culturais<sup>81</sup>.

Como a ciência na área da saúde tem evoluído muito ao longo das últimas décadas, muitas condições que eram consideradas "sentenças de morte" tornaram-se condições crônicas e que necessitam de intervenções no longo prazo e de gestão de cuidado<sup>82</sup>. Desta forma, isso torna os cuidados paliativos e em final vida mais complexos, incluindo um amplo debate sobre a adequação das decisões sobre estes cuidados a cada momento ou a cada fase que o paciente/família está vivenciando.

Os estudos têm sugerido que a espiritualidade é uma necessidade para o paciente/família, especialmente em situações de final de vida<sup>12,74,83</sup>. Muitas vezes, também, a espiritualidade mostra-se como um dos principais recursos que dispõe o paciente para lidar com a dor, com o sofrimento, com a evolução

da sua doença e com suas consequências<sup>78,79,84,85</sup>. Nesta linha, verificou-se que o grau de bem-estar espiritual pode estar associado sistemática e significativamente com o bem-estar psicológico, qualidade de vida, percepção de apoio social, menos sintomas de estresse e depressão, mais satisfação com a vida e com os cuidados<sup>80,86</sup>.

Neste caminho, a dimensão espiritual do cuidado em palição tem sido referida como fonte de conforto, por reduzir as angústias, produzir sensação de bem-estar, neutralizar o estresse e promover emoções positivas. Ela pode ser evidenciada como sentido e propósito de vida a cada momento, independente do tempo que se tenha para viver<sup>63</sup>. Também, é vista como transcendência, por produzir autoconhecimento<sup>44</sup>, permitindo ao indivíduo ultrapassar o momento difícil e elevar-se em relação à situação da doença; é fonte de enfrentamento, por ser um recurso importante para ajudar a suportar o sofrimento e a lidar com as dificuldades; portanto, é fonte de fé e força, que pode ser uma fonte interior ou em uma crença num poder superior; que também se expressa em um guia de conduta para a vida<sup>87</sup>.

No Brasil, um estudo desenvolvido com 525 pacientes oncológicos e com 525 profissionais de saúde demonstrou que 94,1% dos pacientes consideravam importante que os profissionais de saúde valorizassem suas crenças espirituais e que 99,2% buscavam apoio na espiritualidade/religiosidade (E/R) para enfrentar o câncer. Aproximadamente, 99,6% dos pacientes informaram que o suporte da E/R era necessário durante o tratamento do câncer. Entre os profissionais de saúde, 98,3% concordaram que o apoio espiritual e religioso era necessário para pacientes da oncologia<sup>10</sup>.



Para apoiar a prática dos profissionais de saúde, o *National Consensus Project for Qualitative Palliative Care* criou diretrizes para a prática clínica. Essas diretrizes delinearão oito domínios que são envolvidos na prestação de cuidados paliativos. O quinto domínio aborda a atenção aos aspectos espirituais, religiosos e existenciais. Descreve as seguintes recomendações: uso de instrumentos padronizados, sempre que possível, para avaliar as necessidades espirituais; encaminhamento para os membros da equipe interdisciplinar que tenham habilidades especializadas na resposta às preocupações existenciais e espirituais<sup>42</sup>.

Cabe ressaltar que o apoio espiritual por parte dos profissionais de saúde pode conduzir a um suporte de vida menos agressivo em cuidados paliativos<sup>1,58</sup> e a um esforço máximo em busca de qualidade de vida para pacientes e familiares.

Embora, grande parte dos profissionais de saúde reconheça a importância dos aspectos espirituais para saúde e qualidade de vida dos pacientes, poucos são os que se sentem preparados para abordar e incluir as demandas de espiritualidade nos cuidados paliativos e, especialmente, no manejo da dor.

As experiências de espiritualidade, crenças e valores espirituais e religiosos, bem como os relacionamentos e as atividades das pessoas estão diretamente ligados a um senso de significado e de propósito na vida e podem contribuir positivamente ou negativamente para as experiências de dor.

Espiritualidade e religiosidade estão associadas a uma melhor capacidade de enfrentar a doença e ter qualidade de vida<sup>88-90</sup>. No entanto, o

enfrentamento religioso negativo (por exemplo, raiva de Deus ou sentir-se abandonado por Ele) está associado a pior qualidade de vida no final da vida<sup>91,92</sup>.

Assim, tornam-se cada vez mais significativas as evidências de que realizar uma adequada abordagem sobre espiritualidade com a pessoa que apresenta dor é fundamental para o seu manejo. Ou seja, abordar necessidades espirituais é tão importante quanto à avaliação das questões físicas, emocionais e sociais, especialmente em pessoas com dor crônica e, algumas vezes, incontrolável. A abordagem e a avaliação dos aspectos espirituais, que têm impacto sobre a dor persistente, devem ser incluídas como elementos centrais de rotina nos cuidados integrais de toda pessoa<sup>85,93</sup>.

Neste sentido, em um estudo com pacientes em cuidados paliativos, os entrevistados disseram que queriam relações mais próximas com os profissionais que os atendem para que pudessem ser ouvidos, bem como ter alguém para compartilhar seus medos e preocupações, e ter alguém próximo quando estão morrendo, para ter confiança, para orar e para dizer adeus aos entes queridos<sup>94</sup>.

Quando os pacientes enfrentam uma doença terminal, fatores religiosos e espirituais, muitas vezes figuram em suas estratégias de enfrentamento para a sobrevivência e influenciam decisões importantes, como o emprego de diretivas antecipadas e a desejos de vida, assim como as decisões sobre os cuidados médicos. Considerações sobre o significado, propósito e valor da vida humana são usados para fazer escolhas sobre a conveniência da Reanimação Cardiorrespiratória e de suporte de vida agressivo, ou se e quando deseja renunciar ao suporte de vida e aceitar a morte como apropriada e natural nas suas circunstâncias<sup>95,96</sup>. Muitos são confortados em face de uma crise com

uma calma interior que se fundamenta na sua profunda confiança no cuidado amoroso de Deus por eles em todas as situações<sup>97</sup>.

A abordagem de cuidados paliativos visa preservar a dignidade e a integridade da pessoa, respeitando seus valores de vida<sup>98</sup> e mantendo-a, sempre que possível próxima a tudo e a todos que dão sentido a sua existência. O princípio do respeito pelas pessoas fortalece nossos deveres como profissionais de saúde para tratar todas as pessoas de forma justa, bem como salvaguardar a autonomia dos pacientes e limitar os riscos de danos no exercício do plano de cuidados. O respeito pelas pessoas deve ser um preceito orientador das profissões de saúde e traduzem-se no compromisso ético de servir aos pacientes<sup>97</sup>.

Neste contexto, pesquisas com profissionais da área médica evidenciaram que 73% encorajavam frequentemente o paciente a utilizar suas próprias crenças espirituais e religiosas<sup>99,100</sup> ou os encaminhava a um capelão<sup>101,102</sup>. Os médicos de família em outro estudo similar consideraram como recursos de apoio uma escuta capaz de acolher e de respeitar crenças espirituais e também a permanência ao lado do paciente no tempo necessário<sup>26</sup>.

Além disso, alguns estudos recomendam que os profissionais de saúde tenham um papel ativo em atender as necessidades espirituais dos pacientes e não apenas encaminhem a profissionais especializados<sup>103,44</sup>. Cada vez mais, torna-se evidente a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância de sua responsabilidade no que tange o cuidado espiritual. As pesquisas demonstram a preocupação dos profissionais de saúde que ainda

não se sentem capazes de identificar e de atender as necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos<sup>80,104-112</sup>.

### **2.3 Espiritualidade na educação dos profissionais de saúde**

Neste caminho, ainda pouco se sabe sobre a extensão e os resultados de uma educação que inclua espiritualidade no cuidado profissional<sup>13-16,18,113</sup>. No que tange à educação dos profissionais da saúde no Brasil, acredita-se que esta aconteça ainda de forma lenta, exigindo uma base maior de estudos nacionais<sup>114</sup>.

Alguns estudos indicam como ponto de partida que o próprio profissional de saúde deve encontrar sentido em perguntar e atender necessidades espirituais dos pacientes<sup>48</sup>. É pouco provável que profissionais de saúde que não aceitem ou não valorizem questões espirituais em sua própria vida busquem se qualificar para identificar e atender as necessidades espirituais dos pacientes/famílias.

Múltiplos estudos têm identificado uma série de barreiras que limitam a abordagem sobre espiritualidade e a realização de cuidado espiritual. As barreiras mais frequentemente citadas por enfermeiros e médicos são a falta de tempo e falta de preparo. Estas pesquisas sugerem a importância da formação dos profissionais de saúde para o cuidado espiritual para que seja incluído no atendimento de pacientes com doenças graves, de acordo com os padrões de qualidade internacionais dos cuidados<sup>58,62,63</sup>.

Ademais, entre os obstáculos identificados para abordar espiritualidade no cuidado também estão os argumentos dos profissionais que incluem a

escassez de tempo nas consultas, falta de familiaridade com o assunto da espiritualidade, ou a falta de conhecimento e de experiência com a diversidade de expressões religiosas. Muitos admitem não ter tido nenhum treinamento na gestão de tais discussões. Outros têm receio de violar os limites éticos e profissionais parecendo impor seus pontos de vista sobre os pacientes. Os médicos que não tem escolhas religiosas manifestaram desconforto caso algum paciente religioso pudesse pedir-lhes para orar. Nesses casos, sugere-se que se possa convidar o paciente para expressar sua oração, enquanto o profissional se junta em um silêncio respeitoso<sup>97</sup>.

Embora haja um medo significativo de ofender pacientes e inadvertidamente promover proselitismo, em vista da relação desequilíbrio entre profissional e paciente e o risco ético de coerção, a abordagem sobre espiritualidade não pode colocar em risco a autonomia do paciente. Para isso, orientações estão disponíveis a fim de evitar estes problemas<sup>10,115,116</sup>. Pode ser que, com suficiente compreensão sobre as questões envolvidas no cuidado espiritual e com treinamento adequado aos profissionais de saúde, algumas barreiras citadas acima, como por exemplo: falta de tempo e desconforto, possam se dissolver<sup>26</sup>.

Neste mesmo caminho, outro estudo aponta que durante os últimos vinte e cinco anos, o cuidado dos pacientes tem sido criticado por negligenciar a dimensão espiritual na assistência ao paciente<sup>117</sup>. Isto pode ser devido a várias razões como: a secularização da sociedade contemporânea, falta de vontade de realizar o cuidado espiritual, falta de tempo, sobrecarga de trabalho, sentimentos de incompetência para oferecer assistência espiritual, falta de educação nos currículos de graduação e pós-graduação, e a falta de educação

interdisciplinar, que acabam por gerar omissão na atenção às necessidades espirituais<sup>24,25,111</sup>.

Assinala-se também a importância de educar os profissionais de saúde sobre como realizar a avaliação e a atenção da espiritualidade de seus pacientes e seus familiares. Estas pesquisas sugerem que para isso é necessário desenvolver e aprimorar os currículos de formação dos profissionais de saúde<sup>20,23,24,118-130</sup>. Observa-se que há diferentes níveis de ensino em espiritualidade e saúde, nas diversas profissões da saúde, bem como em diferentes países<sup>128</sup>.

Além disso, outros desafios têm sido citados como a diversidade de definições, disparidade do rigor nas pesquisas científicas usadas como base e a falta de ferramentas e modos práticos de educação. Por outro lado, gradativamente, estudos das duas últimas décadas sugerem que novas ferramentas e modos de educação sobre espiritualidade estão sendo desenvolvidas<sup>15,18,128</sup>. Por meio de uma base de pesquisas com maior rigor científico e que, continuamente, está se expandindo<sup>128</sup>, os educadores e os profissionais de saúde têm observado que espiritualidade é importante nas vidas dos pacientes/famílias, o que propicia uma abertura ao desenvolvimento dos processos de educação desta temática.

Entretanto, permanece o desafio de saber como espiritualidade está sendo ensinada nos diversos programas e currículos no nível nacional e internacional<sup>24,121</sup>. Estudantes e profissionais de saúde precisam desenvolver competência para realizar cuidado espiritual; assim, se faz necessário adquirir conhecimento, habilidades e atitudes. Competência no cuidado espiritual é definida como um processo contínuo, ativo, caracterizado por três elementos

inter-relacionados que envolvem uma crescente consciência do valor deste tema, capacidade de desenvolver uma compreensão empática da visão de mundo do paciente/família e capacidade de implementar intervenções individualizadas adequadas para cada paciente<sup>24</sup>.

Um estudo exploratório em Malta que pesquisou enfermeiros de hospitais, Capelães da comunidade, bem como pacientes, revelou a importância de competências fundamentais para atender necessidades espirituais tais como capacidade de ajudar na busca de sentido e de aceitação da doença; de manter uma relação de confiança com paciente/família; de comunicar-se com os pacientes/famílias e com a equipe interdisciplinar, assim como com organizações de apoio aos cuidados espirituais e religiosos<sup>131</sup>. Com base nestas premissas, o profissional de saúde poderá sentir-se apto a prestar cuidados espirituais nas etapas da sistematização da assistência (avaliação, planejamento, implementação e avaliação) e adequar as questões éticas implicadas neste processo<sup>132</sup>.

Uma pesquisa no cenário brasileiro descreveu os desafios enfrentados na integração de espiritualidade nas escolas médicas. Foi evidenciado que a resistência é, em grande parte, devido à falta de estudos no nível nacional sobre espiritualidade e saúde, tendências de secularização, e um desejo de evitar a coerção religiosa<sup>133</sup>.

Por outro lado, numerosos estudos assinalam a importância do processo de educação dos profissionais de saúde para avaliar e atender as necessidades espirituais de pacientes e seus familiares. Estas pesquisas sugerem que é preciso desenvolver atividades sistemáticas de educação que possam aprimorar base de formação dos profissionais de saúde<sup>22,134-139</sup>.

Boa parte dos estudos incluem uma diversidade de conteúdos e diferentes tipos de programas educacionais, evidenciando os efeitos positivos<sup>126,140</sup> destas ações sobre as competências dos profissionais de saúde para atender necessidades espirituais. Em geral, esses estudos sugerem que os alunos devem desenvolver o reforço de sua consciência espiritual, uma abordagem mais centrada no paciente/família, um maior conhecimento sobre espiritualidade e cuidados espirituais, bem como a melhoria da capacidade de comunicação. Assim como, apontam que a experiência profissional também tem um impacto fundamental nesta área. Sendo assim, os processos educacionais são fundamentais para integrar espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos.



### 3. MARCO TEÓRICO

A fundamentação teórica descrita no capítulo de revisão de literatura e que embasou o desenvolvimento desta pesquisa e das produções literárias desta tese está representada de forma sintética e ilustrativa na figura 2.



**Figura 2** – Esquema marco conceitual. Representação das ideias apresentadas na tese que evidenciam a formação de uma base de estudos sobre os temas espiritualidade e cuidado espiritual na educação dos profissionais de saúde e na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

#### 4. JUSTIFICATIVA

Segundo a Associação Médica Americana (AMA), em 1992, 2% de todas as escolas médicas dos Estados Unidos ofereciam cursos relacionados à espiritualidade. Em 2004 esse número cresceu para 67%, o que significa que dos 150 cursos de medicina lá existentes, 100 deles incluíam no currículo algum conteúdo relacionado à medicina e espiritualidade<sup>28,29</sup>. Enquanto em outros países têm ocorrido modificações nos currículos para inclusão do tema da espiritualidade no cuidado em saúde, no Brasil este movimento ainda está em fase inicial<sup>130,141</sup>. O que parece de alguma maneira ser contraditório quando levamos em conta que, de acordo com o censo demográfico de 2010, o Brasil é um país em que 98% da população acredita em Deus e 92% tem uma escolha religiosa<sup>142</sup>.

A resistência na introdução da espiritualidade nos currículos dos profissionais de saúde no Brasil, provavelmente seja decorrente da escassez de estudos nacionais sobre o assunto e do preconceito que ainda persiste em relação ao tema. Entretanto, esses desafios estão gradativamente sendo superados por meio do apoio de um corpo de pesquisas no nível internacional que tem incentivado também a formulação de pesquisas no nível nacional.

A educação permanente nos serviços de saúde tem sido o principal instrumento para produzir transformações nas práticas e nos cenários do cuidado, fortalecendo a reflexão sobre a ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais. A gestão educativa compreende a construção de acordos e alianças com os atores envolvidos,

considerando novas propostas de trabalho<sup>143</sup> que incluam temáticas inerentes ao cuidado de seres humanos como espiritualidade e cuidado espiritual.

Neste contexto, em pesquisa realizada anteriormente com os profissionais de enfermagem do HCPA sobre espiritualidade no cuidado intensivo, tornou-se evidente as lacunas no processo de educação e a necessidade de incluir este tema na educação dos profissionais de saúde<sup>44</sup>. Desta maneira, este estudo pretende aprofundar a investigação sobre como se insere o tema da espiritualidade nos processos de educação dos profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos no HCPA. Para tanto, formulou-se algumas questões norteadoras:

- o processo de educação dos profissionais da saúde do HCPA tem contemplado o tema da espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos?
- Como os profissionais de saúde compreendem e valorizam espiritualidade, crenças e valores espirituais e religiosos de pacientes/famílias em cuidados paliativos?
- os profissionais de saúde sentem-se capacitados para abordar e atender espiritualidade, crenças e valores espirituais e religiosos com pacientes em cuidados paliativos?
- um módulo de educação para profissionais de saúde sobre espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos pode ser eficaz e responder a possíveis lacunas da formação profissional?

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo primário

- Desenvolver e avaliar a eficácia do uso de um módulo de educação sobre espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos para os profissionais de saúde do HCPA.

### 5.2 Objetivos secundários

- Realizar a adaptação/validação transcultural e a avaliação das propriedades psicométricas da *Spiritual Care Competences Scale* (SCCS) para utilizá-la como instrumento de avaliação da eficácia do uso de um módulo de educação para profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos;
- Identificar dados do processo de educação dos profissionais de saúde do HCPA sobre espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos que atuam nas diversas áreas da instituição.

## 6. REFERÊNCIAS DA TESE

1. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 2013;31(4):461-7.
2. Torke AM, Garas NS, Sexson W, Branch WT. Medical care at the end of life: views of African American patients in an urban hospital. *J Palliat Med*. 2005;8(3):593-602.
3. Ellis MR, Campbell JD. Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study. *J Relig Health*. 2005;44(1):39-53.
4. Ellis MR, Campbell JD. Patients' views about discussing spiritual issues with primary care physicians. *South Med J*. 2004;97(12):1158-64.
5. Liddle A. The patient's perception of the role of prayer in the family practice consultation. *South Afr Fam Pract*. 2002;25(4):9-14.
6. McCord G1, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*. 2004;2(4):356-61.
7. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(11):1320-8.
8. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
9. Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, Balboni MJ, et al. Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(7):750-7.
10. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BS. Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity a Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(47):e2145.
11. Alvarez J, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Espiritualidade e tratamento de insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):491-501.
12. Cobb M, Dowrick C, Lloyd-Williams M. What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature?. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(6):1105-19.

13. Baldacchino DR Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract.* 2011;11(1):47-53.
14. Baldachino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today.* 2008;28(5):550-62.
15. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A survey of student nurses perceptions. *Nurse Educ Today.* 2008;28(8):1002-8.
16. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Med Educ.* 2010;44(5):527.
17. van Leeuwen R. Towards nursing competencies in spiritual care [Thesis]. Groningen: University of Groningen; 2008.
18. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *J Clin Nurs.* 2008;17(20):2768-81.
19. Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, Banin VB, Fumelli F, Padula NA. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach.* 2011;33(4):339-40.
20. Meyer CL. How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care?. *Nurse Educ.* 2003;28(4):185-90.
21. Ellman MS, Schulman-Green D, Blatt L, Asher S, Viveiros D, Clark J, et al. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *J Palliat Med.* 2012;15(11):1240-7.
22. Paal P, Roser T, Frick E. Developments in spiritual care education in German-speaking countries. *BMC Med Educ.* 2014;14:112.
23. Paal P, Roser T, Frick E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *J Pastoral Care Counsel.* 2015;69(1):19-30.
24. Baldachino DR. Spiritual Care education of health care professionals. *Religions.* 2015;6(2):594-613.
25. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(3):400-10.
26. Best M, Butow P, Olive I. Doctors discussing religion and spirituality: a systematic literature review. *Palliat Med.* 2016;30(4):327-37.

27. McCormick TR. Spirituality and medicine. 2014 [access 2016 Apr 04]. Available at: <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/spirit.html>
28. American Medical Association. More schools teaching spirituality in medicine [internet]. 2008 Aug. [access in 2016 July 24]. Available at: <http://www.ama-assn.org/amednews/2008/03/10/prsc0310.htm>
29. Fortin AH, Barnett KG. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. JAMA. 2004;291(23):2883.
30. Reginato V, Benedetto MAD, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. Trab Educ Saúde. 2016;14(1):237-55.
31. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. Einstein. 2010;8(1 Pt 1):86-91.
32. Portal LLF, Franciscone F. Contribuições da educação continuada na construção da inteireza dos docentes da educação superior. Educação. 2007;3(63):557-69.
33. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Bôer APK. Bioética e espiritualidade. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.
34. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Rev AMRIGS. 2009;53(1):58-63.
35. Joint Commission International. Joint Commission International's accreditation standards for hospitals. Oakbrook Terrace: JCI; 2014 [access 2016 July 24]. Available at: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>
36. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Educação Hospital de Clínicas de Porto Alegre: avaliação de Educação. SAVÉ - Sistema de Avaliação de Educação. Porto Alegre; 2010.
37. Morin E. Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação. Porto Alegre: Sulina; 2015.
38. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais Rev Saúde Pública. 2010;44(3):559-65.
39. World Health Organization – WHO. Definition of Palliative Care [Internet]. 2014 [access 2016 June]. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

40. Sepulveda C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Dolentium Hominum*. 2005;58(1):16-19.
41. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. [Internet]. 2016 [acesso em 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/home.php>
42. National Consensus Project. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2nd ed. Pittsburgh: National Consensus Project; 2013.
43. Saporetti LA. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: Santo SF, org. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 269-282.
44. Dezorzi LW. Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
45. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*. 2010;24(8):753-70.
46. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med*. 2006;9(2):464-79.
47. Puchalski CM, Dorff RE, Hendi IY. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2004;20(4):689-714, vi-vii.
48. Narayanasamy, A. Asset: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing. *Nurse Educ Today*. 1999;19(4):274-85.
49. Greasley P, Chiu LF, Gartland M. The concept of spiritual care in mental health nursing. *J Adv Nurs*. 2001 Mar;33(5):629-37.
50. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(5):500-9.
51. Reed P. An emerging paradigm for the investigation nursing of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992;15(5):349-57.
52. Gijbberds MJ, Echteld MA, van der Steen JT, Muller MT, Otten RH, Ribbe MW, et al. Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects- a systematic review. *J Palliat Med*. 2011;14(7):852-63.
53. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(2):151-61.



54. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56.
55. Males J, Boswell C. Spiritual needs of people with a mental handicap. *Nurs Stand.* 1990;4(48):35-7.
56. Dezorzi LW, Crossetti MGO. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(2):212-7.
57. Dorneles MA. Núcleo interdisciplinar de estudos transdisciplinares sobre espiritualidade. 2001 [acesso em 2015 ago 25]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/niete/site/arquivos/fundamentos.pdf>
58. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol.* 2010;28(3):445-52.
59. NHS Education for Scotland. Spiritual care: a multi-faith resource for healthcare staff [Internet]. 2006 [access 2016 July 24]. Available at: <http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/spiritual-care/about-spiritual-care/publications/a-multi-faith-resource-for-healthcare-staff.aspx>
60. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde. Porto Alegre; 2016 [acesso em 2016 jun 07]. Disponível em: [https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade\\_na\\_aten\\_o\\_a\\_paci](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade_na_aten_o_a_paci)
61. Institute for Alternative Futures. Patient-centered care 2015: scenarios, visions, goals and next steps. Alexandria: Picker Institute Report, 2004.
62. Sulmasy DB. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 2002;42(3):24-33.
63. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* 2007;25(5):555-60.
64. Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med.* 2005;35(4):329-47.
65. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *Am Psychol.* 2003;58(1):24-35.

66. Lucchetti G, Lucchetti AGL, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43(4):316-22.
67. Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Aust*. 2007;186(10 Suppl):S47-50.
68. Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
69. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol*. 2012;10(2):81-7.
70. Amoah CF. The central importance of spirituality in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2011;17(7):353-8.
71. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Apr;41(4):728-53.
72. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Hui D, De la Cruz MG, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30(5):455-61.
73. Firth S. Cultural issues in palliative care. In: Baldwin M, Woodhouse J, eds. *Key concepts in palliative care*. London: Sage Publications; 2011. p. 49-52.
74. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284(19):2476-82.
75. Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, Reynolds A, Phelps AC, Wright AA, et al. If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today: Religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *J Palliat Med*. 2010;13(5):581-8.
76. Sulmasy DP: Spiritual issues in the care of dying patients: "... it's okay between me and god." *JAMA*. 2006;296(11):1385-92.
77. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJ, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer*. 1996;77(3):576-86.

78. Thompson GN, Chochinov HM, Wilson KG, McPherson CJ, Chary S, O'Shea FM, et al. Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27(34):5757-62.
79. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
80. Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*. 2012;30(20):2538-44.
81. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde; 2010.
82. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med*. 2014;3(3):150-59.
83. Kile E, Karches BA, Chung GS, Vineet Arora V, Meltzer DO, Curlin FA, et al. Religiosity, spirituality, and end-of-life planning: a single-site survey of medical inpatients. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(6):843-51.
84. Puchalski CM. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliat Med*. 2002;5(2):289-94.
85. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine?. *Pain Med*. 2015;16(1):51-60.
86. Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascalesa R, Fernández-Pascuala MD, Albaladejo-Blázquez N, Priego Valladares M. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2015;22(2):60-8.
87. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Rev HCPA*. 2011;31(3):353-58
88. Pargament KI, Smith B, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stresses. *J Scientific Study Religion*. 1998;37(4):710-24.
89. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002;43(3):213-20.
90. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006;9(3):646-57.

91. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999;8(5):417-28.
92. Sherman AC, Simonton S, Latif U, Spohn R, Tricot G. Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *J Behav Med*. 2005;28(4):359-67.
93. Puchalski CM, Lunsford B, Harris MH, Miller RT. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer J*. 2006;12(5):398-416.
94. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *JAMA Intern Med*. 2013;173(12):1109-17.
95. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird, P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the Report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*. 2009;12(10):885-904.
96. McCormick TR, Hopp F, Nelson-Becker H, Ai A, Schlueter JO, Camp JK. Ethical and Spiritual Concerns Near the End of Life. *J Relig Spiritual Aging*. 2012;24(4):301-13.
97. McCormick TR. Spirituality and medicine. 2014 Apr [access 2016 Apr 04]. Available at: <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/spirit.html>
98. Bertachini L, Pessini L. Encanto e responsabilidades no cuidador da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas; 2011.
99. Cartwright C, Onwuteaka-Philipsen BD, Williams G, Faisst K, Mortier F, Nilstun T, et al. Physician discussions with terminally ill patients: a cross-national comparison. *Palliat Med*. 2007;21(4):295-303.
100. Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Jokic R, Bowen R. Religious psychiatry: the Canadian experience. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(8):557-9.
101. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernández L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
102. Davison SN. End-of-life preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(2):195-204.
103. Attard J, Baldacchino D. The demand for competencies in Spiritual care in nursing and midwifery education: a literature review. *Rev Pistis Prax Teol Pastor*. 2014;6(2):671-91.

104. Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(5):697-702.
105. Vermandere M, Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2016;30(4):38-50
106. Best M, Butow P, Olve I. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer*. 2014;22(5):1333-9.
107. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Association between religious coping and use of intensive life-prolonging care near death among patients with advanced cancer. *JAMA*. 2009;301(11):1140-47.
108. Best M, Butow P, Olve I. The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: a qualitative study. *Palliat Med*. 2014;28(9):1139-45.
109. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(6):986-94.
110. Hebert R1, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med*. 2009;12(6):537-45.
111. Fang ML, Sixsmith J, Sinclair S, Horst G. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of-life care: findings from a scoping review. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):107.
112. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014 Sep;8(3):308-13.
113. Ali G, Wattis J, Snowden M. Why are spiritual aspects of care so hard to address in nursing education? a literature review (1993-2015). *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*. 2015;2(1):7-31.
114. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012;12:78.
115. Ellis MR, Campbell JD. Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study. *J Relig Health*. 2005;44(1):39-53.
116. Kuczewski MG. Talking about spirituality in the clinical setting: can being professional require being personal?. *Am J Bioeth*. 2007;7(7):4-11.

117. McSherry W, Ross L. Spiritual assessment in healthcare practice. Cumbria: M & K Update; 2010.
118. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2126-35.
119. Kelly E. Competences in spiritual care education and training. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B, eds. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
120. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care: A review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(6):499-505.
121. Bentur N, Resnizky S. Challenges and achievements in the development of spiritual-care training and implementation in Israel. *Palliat Med*. 2010;24(8):771-6.
122. Tiew LH, Credly DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):574-9.
123. Kuczewski MG, McCarthy MP, Michelfelder A, Anderson EE, Wasson K, Hatchett L. "I will never let that be ok again": student reflections on competent spiritual care for dying patients. *Acad Med*. 2014;89(1):54-9.
124. Balboni MJ, Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, et al. Religion, spirituality, and the hidden curriculum: medical student and faculty reflections. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(4):507-15.
125. Harbinson MT, Bell D. How should teaching on whole person medicine, including spiritual issues, be delivered in the undergraduate medical curriculum in the United Kingdom?. *BMC Med Educ*. 2015;15:96.
126. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1131-40.
127. Lucchetti G, Lucchetti AL, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality?. *J Relig Health*. 2012 Mar;51(1):3-19.
128. Puchalski CM, Cobb M, Rumbold B. Curriculum development, courses and CPE. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B, eds. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
129. Paal P, Roser T, Frick E. Developments in spiritual care education in German--speaking countries. *BMC Med Educ*. 2014;14:112.
130. Balboni MJ, Puchalski CM, Peteet JR. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. *J Relig Health*. 2014;53(5):1586-98.

131. Catanzaro AM, McMullen KA. Increasing nursing students' spiritual sensitivity. *Nurse Educ.* 2001;26(5):221-6.
132. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs.* 2006;15(7):885-96.
133. Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL; SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Educ.* 2013;13:162.
134. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: a focus on education. *Nurse Educ Today.* 2014;34(12):1460-6.
135. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Educ Today.* 2002;22(2):128-35.
136. Baldacchino DR. Teaching on 'the spiritual dimension in care': the perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2008;28(4):501-12.
137. Highfield MEF, Taylor EJ, Amenta MR. Preparation to care: the spiritual care education of oncology and hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs.* 2000;2(2):53-63.
138. Lemmer C. Reflections on teaching spirituality in the healthcare environment. *J Holist Nurs.* 2010;28(2):145-9.
139. Breiddal S. Interdisciplinary education in palliative care: a bold strategy, solution and political statement. *Illn Crisis Loss.* 2012;20(4):375-86.
140. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med.* 2005;19(2):99-104.
141. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(5):1205-13.
142. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população. 2010 [acesso em 2016 jul 24]. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao\\_Censo2000.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao_Censo2000.pdf)
143. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de estado do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

## 7. PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

O objetivo primário desta tese foi o desenvolvimento e avaliação da eficácia de um módulo de educação permanente para profissionais de saúde, cujo título é: “Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: reflexões e proposições”. Os resultados do percurso da pesquisa estão descritos em artigos encaminhados a publicação em revistas científicas.

Entre os materiais didáticos utilizados no desenvolvimento do módulo estão dois guias de apoio para profissionais de saúde que foram publicados sob a forma de e-books. Eles são instrumentos de consulta rápida para apoiar os profissionais de saúde no cotidiano do cuidado e estão disponíveis com acesso livre para uso em smartphones, tablets e computadores. Para leitura dos e-books use o aplicativo <https://issuu.com> ou utilize os links de acesso ou pesquise sobre tema:

- **Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde (APÊNDICE A)**

Este e-book está disponível em:

[https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/religi\\_\\_es\\_e\\_credos\\_no\\_brasil](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/religi__es_e_credos_no_brasil)

- **Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde (APÊNDICE B)**

Este e-book está disponível em:

[https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade\\_na\\_aten\\_\\_\\_\\_o\\_a\\_paci](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade_na_aten____o_a_paci)



## 7.1 Artigo 1 – Cross-cultural adaptation and validation of the spiritual care competence scale for use in Brazil<sup>1</sup>

Este artigo foi submetido à publicação do Journal of Clinical Nursing (anexo C) e aguarda parecer dos revisores.

Luciana Winterkorn Dezorzi<sup>2</sup>

Márcia Mocellin Raymundo<sup>3</sup>

José Roberto Goldim<sup>4</sup>

René van Leeuwen<sup>5</sup>

### ABSTRACT

**Aim and objectives.** This study is to carry out the process of cross-cultural adaptation/validation and psychometric evaluation of the Spiritual Care Competence Scale for Portuguese spoken in Brazil.

**Background.** Reliable and valid instrument is recommended in the literature to measure the outcomes of the education process in the development of spiritual care competences.

---

<sup>1</sup> Article extracted from the doctoral thesis "Spirituality in the care of patients/families in palliative care and the educational process of health professionals" to be presented to the Graduate Program in Medicine: Medical Sciences in partial fulfillment of the requirements for the PhD degree at Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

<sup>2</sup> Doctoral Student, Graduate Program in Medicine: Medical Sciences, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; RN, Outpatient Nursing Service, a member of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

<sup>3</sup> PhD, Professor, Graduate Program in Health Sciences: Obstetrics and Gynecology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a member of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

<sup>4</sup> PhD, Professor, Graduate Program in Medicine: Medical Sciences, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Coordinator of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

<sup>5</sup> PhD Professor, Lectorate Healthcare and Spirituality. Christian University of Applied Sciences Vias, Zwolle, Netherlands.

**Correspondence:** Luciana Dezorzi, Ramiro Barcelos Ave, 2350, room 183F Hospital de Clínicas de Porto Alegre, telephone: 55 51 33598103 **e-mail:** ldezorzi@hcpa.edu.br

**Design.** Methodological and cross-sectional study.

**Method.** This is a validation study following the stages proposed by Beaton: translation into Portuguese, back translation into English, expert committee review for semantic equivalence, assessment of the clarity of the prefinal version, and evaluation of the psychometric properties of the final version in Portuguese.

**Results.** 181 health professionals working at a public hospital participated in the study. Regarding internal consistency, total Cronbach's alpha was 0.92 and the mean inter-item correlation was 0.29. The test-retest procedure showed no statistically significant differences in the six subscales. The intraclass correlation coefficient ranged from 0.69 to 0.84, demonstrating the stability of the scale. The Brazilian Portuguese version of the questionnaire was called 'Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version'.

**Conclusion.** The results support the psychometric quality of the original scale and indicate that the adapted instrument is a valid and reliable scale with good internal consistency for measuring spiritual care competencies of health professionals in Brazilian health care settings.

**Relevance to clinical practice.** The current study contributes to the fields of quality of spiritual care assessment and training/education in spiritual care. It provides an instrument with strong internal consistency and reliability that can measure how health professionals perceive themselves as competent to provide holistic care that includes spirituality and spiritual care demands of patients and their families.

**Key Words:** validity, assessment, competences, care, education, spirituality.

**What does this paper contribute to the wider global clinical community?**

- First published study of the psychometric properties of Spiritual Care Competence Scale among Portuguese-speaking Brazilian health professionals;
- Findings provide a scientific basis for future research on the use of the Spiritual Care Competence Scale to interdisciplinary professional team in other cultural context in Brazil and others countries;
- This study also intends to contribute to contemporary reflections on the inclusion of this topic in the university curriculum and in the continuing education process in health care institutions.

**Introduction**

Spirituality and spiritual care are considered essential elements of comprehensive health care and key indicators of quality care (JCI 2014, Puchalski & Larson 1998). The past decade has witnessed an exponential growth of studies in this area, stimulating the interest of health professionals in the issue. These studies have also highlighted the lack of training and development of professional competences as a potential barrier to the inclusion of spirituality in health care settings (Baldacchino 2015, Lucchetti et al. 2013, van Leeuwen et al. 2008) and there are few validated and reliable instruments that can measure the impact of educational processes on the development of competences for spiritual care (van Leeuwen et al. 2009).

## **Background**

One of the main problems of integrating spirituality and spiritual care into health education is related to the debate on concepts as they are subjective in nature, and their inclusion in the curriculum poses a challenge to educators. Research, education and health practices emerge in this discussion, with a view to understanding how human spirituality permeates the contemporary care scenarios (Dezorzi & Crossetti 2008).

At the International Conference on Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: The Transformational Role of Compassion, Love, and Forgiveness in Health Care, held in January 2013, the participants, many researchers and professionals with experience in this area, defined by consensus a conceptual basis for this challenge. Spirituality was defined as “a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature, and the significant or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions, and practices” (Puchalski et al. 2014).

Comparing the definition of spirituality to that of other concepts, such as pain, health, and quality of life, which are also subjective and individual in nature, can be a way to facilitate the understanding of the meaning. Spirituality is what the individual says it is and, therefore, involves respecting people’s freedom of choice. In line with this thought, the concepts of bioethics and spirituality are inevitably intertwined in a shifting movement from a care model centered on the ill person to one that considers the multidimensionality of

human beings (Dezorzi 2006), respecting their spiritual/religious beliefs and values permeating their perspectives on living and dying (Dezorzi et al. 2016).

In the same vein, spiritual care is one that recognizes and responds to the needs of the human spirit, especially when faced with trauma, health problems or sadness. The patient may want to find meaning for the lived moment and the changes in your life, seeking support in their faith (through rites, prayer or spiritual practices), or may simply be looking for a sensitive listener. Spiritual care begins with encouraging human contact and a compassionate relationship (NHS 2009), being able to move in whatever direction need requires (Dezorzi et al. 2016).

In the last decades, Universities and Health Institution have included, gradually, spirituality and spiritual care in their curricula and in the continuing education process, especial in Brazil. The Interinstitutional Center for Bioethics of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) and Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), in southern Brazil, provided the setting for the interdisciplinary bioethics discussion of adequacy of care with spiritual needs (Wettstein et al. 2011, Goldim 2009). Furthermore, the Center for Interdisciplinary Studies of Spirituality and Health in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre was created to promote debate on issues related to spirituality and health care based on scientific evidence and motivate health professionals to share their experiences with others. These initiatives have contributed to improve the continuing education process of health professional about spirituality and to the approach of the spiritual needs of patients/families in the health care decision-making process.

A recent study carried out in Brazil with medical students showed the lack of training on spirituality and health. Most students had no training on this subject and believed that Brazilian medical Schools were not adequately preparing to address spiritual/religious issues in clinical practice (Luchetti et al. 2013). In the same way, a study conducted with students and nursing teachers showed that there is a lack of information about spirituality and courses on health and spirituality should be included into curricula. It confirms that teachers need to implement educational instruments that make it possible to prepare students to carry out this approach with their patients (Tomasso et al. 2011). Likewise, another study reports that 92.3% of medical faculty felt that medical schools were not providing adequate training in this area. The majority of students in the present study believed that spirituality/religiosity should be included in the education process (Mariotti et al. 2013).

The outcomes of these studies have showed that is highly necessary to improve a discussion about the place that spirituality should take in the health professional curriculum, in order to achieve a more patient-centered care. However, there are currently no assessment tools in Brazilian Portuguese to evaluate educational processes involving spiritual care competencies of students and/or health professionals in the institutional setting.

In Europe, there are some valid and reliable assessment instruments with psychometric properties that have been previously assessed with adequate reported reliability and validity, such as the Spiritual Care Competence Scale (SCCS). This scale was originally developed in Dutch to measure competencies in spiritual care among nursing students and was later validated in English. It

was the English version of the SCCS (van Leeuwen et al. 2009) that was chosen for the present validation study.

The SCCS has 27 questions, and respondents are asked to indicate on a 5-point Likert scale how they estimate their own level of competency in spiritual care, with the following response options: 1 = completely disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, and 5 = fully agree. It originally consists of six subscales or core domains: 1) assessment and implementation of spiritual care, 2) professionalization and improving the quality of spiritual care, 3) personal support and patient counseling, 4) referral to professionals, 5) attitude towards the patient's spirituality, and 6) communication (van Leeuwen et al. 2009).

To improve the quality of educational process and evaluate health professional competencies for spiritual care is necessary to make available reliable and validated instruments. Therefore, the aim of this current study was to carry out the process of cross-cultural adaptation/validation of the English version of the SCCS (van Leeuwen et al. 2009) for Portuguese spoken in Brazil and evaluate the psychometric properties of the adapted questionnaire.

## **Method**

### **Design**

This methodological and cross-sectional study involved the translation, adaptation, and validation of the SCCS for use in Portuguese-speaking health professionals in Brazil. The study was performed at a public teaching hospital in Rio Grande do Sul state. It was conducted in two phases: 1) translation and

adaptation of the SCCS and 2) evaluation of the psychometric properties of the adapted questionnaire.

### Ethical approval

Prior authorization was obtained via email from the original developers of the questionnaire, who consented to the adaptation and evaluation of the psychometric properties of the SCCS for Brazilian culture. The study was approved by the Research Ethics Committee under protocol number: 12-0456. and ensures compliance with the Guidelines for Research Involving Human Subjects, recommended by Resolution 466/2012, the National Council of health (Brazil, 2012).

### Procedures

**Phase 1.** We followed the guidelines proposed by Beaton et al. for the translation and cross-cultural adaptation of self-report measures (Beaton et al. 2000). The following stages were performed: initial translation into Portuguese, synthesis of the translations, back translation into English, expert committee review for semantic equivalence, and pretest for evaluation of clarity.

In the first stage (initial translation), two bilingual translators, whose mother tongue is Portuguese and who master the source language, produced two independent translations of the scale into Brazilian Portuguese.

In the second stage (synthesis of the translations), the first translator's (T1) and the second translator's (T2) versions were pooled and synthesized into a single common translation (T12), with the participation of the principal investigator in order to identify common translation errors, such as omission or



addition of words, that may change the actual meaning of the text (Beaton et al. 2000).

In the third stage (back translation), working from the T12 version of the questionnaire and totally blind to the original version, two other translators, whose mother tongue is English and who master Portuguese, produced two new independent translations (BT1 and BT2) into the original language of the scale (English). This is a process of validity checking that allows the identification of inconsistencies and conceptual errors made during the process of initial translation and synthesis of the translations (Beaton et al. 2000).

The fourth stage was the expert committee review. The committee was composed of six professionals selected according to predetermined criteria (scientific production, clinical experience with patient spirituality and spiritual care, and experience with translation, adaptation, and validation of instruments), one language expert, and the principal investigator. Two face-to-face meetings were held during the review process. The role of the expert committee was to evaluate the original instrument and all translated versions (T1, T2, T12, BT1, and BT2) and develop the prefinal version of the questionnaire for field testing. The decisions made by the committee to achieve equivalence between the source and target versions of the questionnaire were based on semantic, idiomatic, functional, and conceptual equivalence (Beaton et al. 2000). All of the original 27 items were included in the prefinal version of the scale. The back-translated version was sent to the original developers of the questionnaire for appraisal and confirmation of the semantic adjustment and adaptations made for use in health professionals. The developers approved the back-translated version and consented to the continuation of the study.

The fifth stage was the field test of the Portuguese version of the questionnaire for textual clarity. An invitation for voluntary participation in the survey was emailed to 40 health professionals working at HCPA. The email contained a link to a web-based version of the instrument (SurveyMonkey, Palo Alto, CA, USA) to ensure that all information collected was blinded upon receipt. All health professionals agreed to participate and completed the electronic survey instrument. Anonymous survey responses were then downloaded from the SurveyMonkey website for analysis following survey closure. After analyzing the responses and suggestions of the respondents, the final Brazilian Portuguese version of the questionnaire was drafted, called hereafter the SCCS – Brazilian version.

**Phase 2.** The SCCS – Brazilian version was tested for its psychometric comparability with the original English version. All health professionals working in the adult intensive care unit, pediatric intensive care unit, or palliative care unit at HCPA were eligible for participation in the psychometric testing of the translated questionnaire to ensure a heterogeneous sample. Sample size was calculated based on the suggested 5 to 10 participants per variable (Hair et al. 1998).

Data were collected from December 2014 to April 2015. An invitation for voluntary participation in the survey was emailed to 350 health professionals. The email contained a link to the web-based questionnaire (SurveyMonkey) and a form to be completed with socio-demographic data: gender, age, level of education, length of professional experience and religious and/or spiritual choices. By returning the completed questionnaire, the respondent agreed to

participate and consented to the release of the results. All participants were assured of their anonymity.

The retest occurred at 2 to 4 weeks after the time of first questionnaire response. At this stage, 38 health professionals agreed to participate and completed the questionnaire a second time for the purpose of determining the test-retest reliability. This sample is consistent with cross-cultural validation steps proposed by Beaton et al.

#### Data analysis

Construct validity was evaluated by factor analysis and internal consistency was estimated with Cronbach's alpha and the mean inter-item correlation (MIIC). Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 18.0.

In the factor analysis, after extracting the factors, principal component analysis with Varimax rotation was performed to reduce the set of items to a smaller set of variables within each factor, thus facilitating the interpretation of data (Hair et al. 1998).

Reliability of the SCCS – Brazilian version was examined with the Cronbach's alpha internal consistency coefficient for each dimension of the scale (Cronbach 1951, Pasquali, 2009). A Cronbach's alpha  $\geq 0.70$  was considered acceptable (Cronbach 1951). Cronbach's alpha is essentially a function of two parameters: the number of scale items and the MIIC (Cortina, 1993). The MIIC should fall within an optimal range of 0.20 to 0.50 (Briggs & Cheek, 1986) but should not be less than 0.15 (Clark & Watson, 1995).

Therefore, to estimate the internal validity of the SCCS – Brazilian version, the following criteria were used: MIIC  $\geq$  0.25 and Cronbach's alpha  $\geq$  0.70 (van Leeuwen et al. 2009, Briggs & Cheeck, 1986).

## Results

In the first phase of the study, all of the original 27 items were included in the SCCS – Brazilian version. However, the expert committee excluded all terms specifically related to nursing to allow the use of the questionnaire for all health professionals. After the pretest, some terms were modified in the scale. For example, in questions no. 5 and 6, the expression '*on a patient's spiritual functioning*' was considered unclear and thus replaced with '*how the patient exercises his or her spirituality*'.

### Sample characteristics

In the second phase of the study, for evaluation of the psychometric properties of the SCCS – Brazilian version, questionnaires were emailed to 350 health professionals. Of these, 181 agreed to participate and returned the questionnaire, with an overall response rate of 51%. The mean age of participants was 41.8 years (SD, 10.0 years), and 77.3% were women. Regarding the level of education, 38.7% had academic specialization and 17.1% had a master's degree. The median professional experience was 15 years (range, 10 to 26 years), 78.5% reported a wide range of spiritual and/or religious choices and 21.5% of the participants reported having no spiritual and/or religious beliefs (Table 1).

Insert Table 1 – Distribution of frequencies and percentages of the sociodemographic characteristics of health professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

In the principal component analysis with Varimax rotation, although the SCCS – Brazilian version was subdivided into seven factors and three items (numbers 3, 15, and 18) had factor loadings  $< 0.30$  (Table 2). But, the SCCS-Brazilian version was maintained like the original six factors (dimensions) and 27 items. We decided, after a discussion between the investigators from Brazil and from the Netherlands, to maintain the original six factors (dimensions) and 27 items, since this division or exclusion of items did not significantly change the Cronbach's alpha or MIIC values. This decision was made in order to preserve the original structure of the instrument and allow comparison of new cross-cultural studies with published values in these populations.

Table 2 shows the six dimensions with their respective items, the factor loading per item, and the Cronbach's alpha and MIIC of each dimension. The total Cronbach's alpha and MIIC of the SCCS – Brazilian version were 0.92 and 0.29 respectively, providing evidence of its validity and reliability (Table 2).

Insert Table 2 – Principal component analysis of the Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

Moreover, the data showed statistically significant differences ( $p < 0.001$ ) in total scale scores when the health professionals having one or more spiritual and/or religious beliefs (Table 3).

Insert Table 3 – Scores on the Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version and association with responses relating to spiritual and/or religious choice, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

Therefore, the six factors of the SCCS – Brazilian version explain 61.1% of the total instrument variance. The Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was 0.88 and Bartlett's test of sphericity was significant ( $p < 0.001$ ), indicating that the sample was adequate for factor analysis.

The test-retest procedure showed no statistically significant differences in the six subscales (Table 4). The intraclass correlation coefficient ranged from 0.67 to 0.84, confirming the stability and reliability of the instrument.

Insert Table 4 – Test-retest reliability analysis at 2- to 4-week time interval, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

## **Discussion**

This study was a first step to provide a valid and reliable instrument in Portuguese spoken in Brazil for the assessment of health professional competencies in spiritual care. The cross-cultural validation and psychometric testing of the SCCS for Portuguese spoken in Brazil showed that the adapted questionnaire, with six subscales, has high internal consistency reliability and strong construct validity, being able to measure competencies in spiritual care among health professionals. The test-retest procedure demonstrated no statistically significant differences between test at baseline.

The participant's spiritual and/or religious choice showed a statistical significant difference in the total score of SCCS-Brazilian version. These data are consistent with the studies have highlighted that the way a health professional relates to his or her own spirituality is an important predictor of the quality of the spiritual care he or she will provide (Highfield et al. 2000, Lemmer, 2010, Meyer 2003, Wasner et al. 2005, Baldacchino, 2015). However, these

differences will require additional investigation to determine the source of this relationship. In particular, it may be helpful to conduct qualitative research with health professional about the factors that are influencing this phenomenon. Also, the use of SCCS- Brazilian version in the continuing education process could clarify if this difference could be maintained.

It should be highlighted that, by the start of this study for validation of the SCCS – Brazilian version, no other instruments had been developed or validated in Brazilian Portuguese for the measurement of health professionals' competencies in providing spiritual care to patients, and thus the criterion validity of the adapted questionnaire could not be determined.

In addition, consistent with what was suggested by the developers of the original SCCS (van Leeuwen et al, 2009), after the cross-cultural validation process the instrument was able to expand its spectrum of use. Based on a theoretical model designed for nursing students and professionals, after this adaptation, the SCCS – Brazilian version is also a valid and reliable scale for the measurement of spiritual care competencies of health professionals, which is applicable to more heterogeneous populations. Therefore, it is a suitable tool for measuring interdisciplinary health professional competencies in terms of the education/training process.

## **Conclusion**

On the basis of this study, the SCCS – Brazilian version showed satisfactory psychometric properties, confirming its potential to measure the competencies of health professionals in delivering spiritual care. Thus, we could

provide a reliable tool for evaluating educational processes concerning spirituality in health care practices.

Limitations of the study include the lack of similar instruments validated for Portuguese spoken in Brazil in order to confirm the criterion validity of this instrument. Also, although the use of SurveyMonkey for data collection was effective in preserving anonymity and providing participants with freedom to respond, it does not allow clarification of possible language difficulties or any difficulty in completing the questionnaire. Therefore, we suggest that future studies in other populations should include additional forms of data collection and confirmatory factor analysis.

### **Relevance to clinical practice**

The SCCS-Brazilian version can be used for practical, educational and research purposes to assess student and fully qualified health professional competencies in the provision of spiritual care. Finally, we believe that the current study contributes to the fields of quality of spiritual care assessment and training/education process in spiritual care by providing an instrument with strong internal consistency and reliability. It can measure how health professionals perceive themselves as competent to provide holistic care that includes spirituality and spiritual care demands of patients and their families. This study also intends to contribute to contemporary reflections on the inclusion of this topic in the university curriculum and in the continuing education process in health care institutions.



## **Acknowledgments**

We thank the research participants and all who contributed to the development of this study, especially the professionals who were members of the expert committee; Mr. Rafael Zimmer for his assistance in using the SurveyMonkey research tool; Msc RN Suzana Zachia, Mr. Carlos da Fontoura and Dr. Ruy Beck for critical reading of the manuscript.

## **Contributions**

Study design: LWD, MMR, JRG; Data collection and analysis: LWD, MMR, JRG, RvL; Manuscript preparation: LWD, MMR, JRG, RvL.

## **Funding**

This study was funded by Fund for Research and Event Promotion of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA).

## **Conflicts interest**

The author(s) declare that they have no conflict of interests.

## **References**

Baldacchino, D (2015) Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions* 6, 594-613. DOI:10.3390/rel6020594

Beaton DE, Guillemin F, Bombardier C & Ferraz MB (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 25, 24, 3186-3191. DOI:10.1097/00007632-200012150-00014

BRAZIL (2012) National Health Council. Guidelines and Norms Regulating Research Involving Human Beings Resolution No. 466. Available at [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Briggs SR & Cheeck JM (1986) The role of factor analysis in the development and evaluation of personality-scales. *Journal of Personality* 54, 106–148. DOI:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x

Clark LA & Watson D (1995) Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment* 7, 309-319. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>

Cortina JM (1993) What is coefficient alpha – an examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology* 78, 98-104. Available at <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>

Cronbach LJ (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16,297-334. Available at [http://kttm.hoasen.edu.vn/sites/default/files/2011/12/22/cronbach\\_1951\\_coefficient\\_alpha.pdf](http://kttm.hoasen.edu.vn/sites/default/files/2011/12/22/cronbach_1951_coefficient_alpha.pdf)

Dezorzi LW (2006) Dialogues on spirituality in caring for oneself and others for intensive care nursing – a Master´s Thesis Porto Alegre -RS: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Available at <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6836>

Dezorzi LW & Crossetti MGO (2008) Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev Latino-am Enfermagem* 16, 212-7, DOI: 10.1590/S0104-11692008000200007.

Dezorzi LW, Raymundo MM & Goldim JR (2016) Spirituality in the care for patients/families in palliative care: a support guide for health professionals. Porto Alegre: WWLivros. Available at [https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade\\_na\\_aten\\_o\\_a\\_paci](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade_na_aten_o_a_paci)

Wettstein MF, Alves LNF & Goldim JR (2011) Bioethics and food restrictions by religious motivations: decision making processes in health. *J Clinic Res Bioeth* 2011, 2, 106, DOI:10.4172/2155-9627.1000106

Goldim JR (2009) Complex Bioethics: a comprehensive approach to the decision-making process *Rev da AMRIGS* 53, 58-63. Available at <http://www.ufrgs.br/bioetica/complexamrigs09.pdf>

Hair JF, Tatham RL, Anderson, RE & Black W (1998) *Multivariate data analysis*. 5th edition, New Jersey: Prentice Hall, ISBN 13: 9780138948580.

Highfield MEF, Taylor EJ & Amenta MR (2000) Preparation to care:the spiritual care education of oncology and hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2, 53-63. Available at [http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2000/02020/Preparation\\_to\\_Care\\_\\_The\\_Spiritual\\_Care\\_Education.3.aspx](http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2000/02020/Preparation_to_Care__The_Spiritual_Care_Education.3.aspx)

Lemmer C (2010) Reflections on teaching spirituality in the healthcare environment. *Journal of Holistic Nursing* 28, 145–149, DOI:10.1177/0898010109350770.

Leeuwen RV, Tiesinga LJ, Midell B, Post D & Jochemsen H (2008) Effectiveness of an educational programme for nursing students *Journal of Clinical Nursing* 17, 2768–2781, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02366.x.

Leeuwen RV, Tiesinga LJ, Midell B, Post D & Jochemsen H (2009) The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2857-2869, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x.

Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR & Luchetti ALG (2013) Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Education* 13,162, DOI: 10.1186/1472-6920-13-162

Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, Banin VB, Fumelli F & Padula NA (2011) Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach* 33, 339-340. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21591292>

Meyer CL (2003) How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educator* 28, 185-190. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12878898>

NHS (2009) Education for Scotland. *Spiritual Care Matters An Introductory Resource for all NHSScotland Staff*. NES, Edinburgh. Available at <http://www.nes.scot.nhs.uk/media/3723/spiritualcaremattersfinal.pdf>

Joint Commission International's accreditation standards for hospitals (2014). Available at <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>

Pasquali L(2009) Psychometric. *Rev Esc Enferm USP* 43, 992-9. Available at <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033301002.pdf>

Puchalski CM & Larson DB(1998) Developing curricula in spirituality and medicine. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73, 970-974, DOI: 10.1097/00001888-199809000-00015

Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK & Reller N (2014) Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 17, 642-56, DOI: 10.1089/jpm.2014.9427.

Tomasso CS, Beltrame IL & Lucchetti G. (2011) Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19, 1205-13, DOI: 10.1590/S0104-11692011000500019.

The Joint Commission. A Roadmap for Hospitals. Available at <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/roadmapforhospitalsfinalversion727.pdf>

Wasner M, Longaker C, Fegg MJ & Borasio GD (2005) Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine* 19, 99–104. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15810747>

## Tables

Table 1 - Distribution of frequencies and percentages of the sociodemographic characteristics of health professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Variables	n=181
Unit – n(%)	
Adult intensive care unit	153 (84.5)
Pediatric intensive care unit	28 (15.5)
Age (year) – mean (SD)	41.8 (10.0)
Sex – n(%)	
Male	41 (22.7)
Female	140 (77.3)
Level of education– n(%)	
High school graduate	39 (21.5)
Bachelor's degree	25 (13.8)
Academic specialization	70 (38.7)
Master's degree	32 (17.7)
Doctorate degree	13 (7.2)
Postdoctoral	2 (1.1)
Length of professional experience (years) – median (P25-P75)	15 (10-26)
Spiritual and/or religious choice – n(%)	
Yes	142 (78.5)
No	39 (21.5)

(continue)

Table 1 (continued)

Variables	n=181
Type of spiritual and/or religious choice* – n(%)	
Catholicism	83 (45.9)
Spiritism	31 (17.1)
Evangelical	12 (6.6)
Buddhism	4 (2.2)
Umbanda**	4 (2.2)
Superior force/Cosmic force	4 (2.2)
Christianism	3 (1.7)
Agnosticism	2 (1.1)
No religious denomination	2 (1.1)
Self-knowledge	2 (1.1)
Philosophical spiritualism	3 (1.7)
Doing good to others	2 (1.1)
Other choices***	3 (1.7)
More than one spiritual and/or religious choice – n(%)	15 (8.3)

\* Multiple-choice question.

\*\* A syncretic Brazilian religion that blends African traditions with Roman Catholicism, Spiritism, and Indigenous American beliefs.

\*\*\* Seventh-day Adventist Church, Judaism, and self-identification with Hinduism.

Table 2 - Principal component analysis of the Spiritual Care Competence Scale  
 – Brazilian version, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Dimensions	Factor loading	Cronbach's alpha	MIIC
<b>Assessment and implementation of spiritual care</b>		0.84	0.46
1. I can report orally and/or in writing on a patient's spiritual needs	0.64		
2. I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems in consultation with the patient	0.33		
3. I can adapt care to a patient's spiritual needs/problems through multidisciplinary assessment	0.24		
4. I can record the contribution to spiritual care in the patient's care plan	0.66		
5. I can report in writing how the patient exercises his or her spirituality	0.74		
6. I can report orally how the patient exercises his or her spirituality	0.75		
<b>Professionalization and improving the quality of spiritual care</b>		0.87	0.52
7. Within the department/unit, I can contribute to quality assurance in the area of spiritual care	0.48		
8. Within the department/unit, I can contribute to professional development in the area of spiritual care	0.63		

(continue)

Table 2 (continued)

Dimensions	Factor loading	Cronbach's alpha	MIIC
9. Within the department/unit, I can identify problems relating to spiritual care in peer discussion sessions	0.55		
10. I can coach other health professionals in the area of spiritual care delivery to patients	0.79		
11. I can make policy recommendations on aspects of spiritual care to the management of the department/unit	0.80		
12. I can implement a spiritual-care improvement project in the department/unit	0.83		
<b>Personal support and patient counseling</b>		0.83	0.45
13. I can provide a patient with spiritual care	0.70		
14. I can evaluate the spiritual care that I have provided in consultation with the patient and the health care team	0.65		
15. I can give a patient information about spiritual facilities within the care institution	0.25		
16. I can help a patient continue his or her daily spiritual practices	0.67		
17. I can attend to a patient's spirituality during the daily care	0.63		

(continue)



Table 2 (continued)

Dimensions	Factor loading	Cronbach's alpha	MIIC
<b>Referral</b>		0.72	0.46
18. I can refer members of a patient's family to a spiritual counselor if they ask me and/or if they express spiritual needs.	0.16		
19. I can effectively assign care for a patient's spiritual needs to another care provider/health professional.	0.70		
20. I can in a timely and effective manner, at the request of a patient with spiritual needs, refer him or her to a spiritual/religious leader.	0.79		
21. I know when I should consult a spiritual advisor concerning a patient's spiritual care.	0.34		
<b>Attitude towards patient spirituality</b>		0.67	0.34
22. I show unprejudiced respect for a patient's spirituality/religiosity regardless of his or her spiritual/religious background.	0.75		
23. I am open to a patient's spiritual/religious beliefs, even if they differ from my own.	0.78		
24. I do not try to impose my own spiritual/religious beliefs on a patient.	0.56		
25. I am aware of my personal limitations when dealing with a patient's spiritual/religious beliefs.	0.73		

(continue)

Table 2 (continued)

Dimensions	Factor loading	Cronbach's alpha	MIIC
<b>Communication</b>		0.77	0.63
26. I can listen actively to a patient's life story in relation to his or her illness/special needs.	0.88		
27. I have an accepting attitude in my dealings with a patient.	0.80		
Total		0.92	0.29

---

MIIC, mean inter-item correlation.

Table 3 - Scores on the Spiritual Care Competence Scale – Brazilian version and association with responses relating to spiritual and/or religious choice, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Dimensions	Spiritual and/or religious choice Mean (SD)	No spiritual and/or religious choice Mean (SD)	P
Assessment and implementation of spiritual care	19.5 (4.5)	17.8 (4.7)	0.035
Professionalization and improving the quality of spiritual care	17.5 (4.7)	15.2 (4.8)	0.006
Personal support and patient counseling	19.5 (4.7)	16.5 (4.7)	<0.001
Referral	9.5 (2.6)	8.3 (2.3)	0.009
Attitude towards the patient's spirituality	18.2 (2.1)	17.4 (2.0)	0.026
Communication	8.9 (1.1)	8.6 (1.3)	0.061
Total	93.2 (14.5)	83.7 (14.6)	<0.001

Table 4 - Test-retest reliability analysis at 2- to 4-week time interval, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Dimensions	Test Mean (SD)	Retest Mean (SD)	P	ICC
Assessment and implementation of spiritual care	18.4 (4.7)	19.2 (5.3)	0.335	0.69
Professionalization and improving the quality of spiritual care	17.6 (5.1)	16.6 (5.4)	0.133	0.84
Personal support and patient counseling	19.2 (4.3)	19.0 (4.9)	0.791	0.72
Referral	9.5 (2.8)	9.6 (2.8)	0.891	0.78
Attitude towards the patient' spirituality	17.8 (2.4)	17.6 (2.2)	0.597	0.72
Communication	8.8 (1.0)	8.7 (1.4)	0.422	0.67

ICC, intraclass correlation coefficient.

## 7.2 Artigo 2 - Spirituality in the continuing education of healthcare professionals: a bioethical approach to palliative care<sup>6</sup>

Este artigo está em fase de revisão das normas e dos critérios para publicação na revista científica Palliative Medicine.

Luciana Winterkorn Dezorzi<sup>7</sup>

Márcia Mocellin Raymundo<sup>8</sup>

José Roberto Goldim<sup>9</sup>

Ceres Andréia Vieira de Oliveira<sup>10</sup>

**Introduction:** One of the main obstacles to an approach which includes spirituality in palliative care has been the lack of preparation/education for healthcare professionals in relation to this issue.

**Objective:** This study evaluated the effectiveness of a continuing education module for health care professionals regarding spirituality and spiritual care for patients/families under palliative care in a public hospital, in the south of Brazil.

**Subjects and design:** This is a quasi-experimental study, without a control group, with a pretest and a posttest, in a convenience sample of 52 healthcare professionals. Participants completed a semi-structured questionnaire and a

---

<sup>6</sup> Article extracted from the doctoral thesis "Spiritual care for patients/families in palliative care and the education of healthcare professionals" will be presented as a requirement for the degree of Doctor in the Graduate Program in Medical University of Medical Sciences Federal Rio Grande do Sul.

<sup>7</sup> Doctoral Student, Graduate Program in Medicine Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul, Nurse in the Outpatient Nursing Service, a member of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

<sup>8</sup> Professor, Graduate Program in Health Sciences: Obstetrics and Gynecology, Federal University of Rio Grande do Sul, a member of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

<sup>9</sup> Professor, Graduate Program in Medicine Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul, Coordinator of the Research Laboratory of Bioethics and Ethics in Science, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil.

<sup>10</sup> Statistic professor, master's degree in Hospital Quality, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

Spiritual Care Competence Scale - Brazilian version before and after taking a four hour training module on spirituality in palliative care.

**Results:** Significant differences were observed between pre and post-intervention in the dimensions: assessment and implementation of spiritual care, professionalization and improving the quality of spiritual care, personal support and patient counselling ( $p < 0.001$ ) and referral ( $p = 0.003$ ).

**Conclusion:** The results of this study provide preliminary evidence demonstrating the positive effects of using this educational intervention in developing the skills of health professionals for a comprehensive approach centered on the patient/family, including attention to their spiritual needs and their participation in the palliative care decision-making process.

**Keywords:** palliative care, spirituality, spiritual care, health education, medical education, healthcare professionals.

**What is already known about this topic?**

- The importance of spirituality in palliative care education is increasingly recognized.
- One of the main obstacles to an approach which includes spirituality in palliative care has been the lack of preparation/education for healthcare professionals on this issue.

**What does this paper add?**

- Continuing education modules can improve the development of healthcare professional competences for a bioethical approach that integrates spirituality and spiritual care in palliative care.

**Implications for practice, theory or policy**

- Highlight the need to include the theme of spirituality and spiritual care in continuing education courses within educational institutions, care facilities and health research.

## **Introduction**

The World Health Organization (WHO) in its concept of health and palliative care states<sup>1,2</sup> that the approach to spirituality and the inclusion of spiritual care is considered essential for focused care on the person and their quality of life.

As health science has evolved greatly over the past decades, many diseases that were considered "death sentences" have become chronic conditions which require long term intervention and care management.<sup>3</sup> Technological advances also make end of life care more complex, this includes a widespread debate on the appropriate care decisions each patient/family is experiencing, emphasizing the importance of bioethics<sup>4,5</sup> and attention to spiritual needs at different stages.

The health care education process minimally covers the multidimensional complexity of living and dying in which human beings are immersed. One of the main problems in integrating spirituality and spiritual care in health education has been related to the debate over concepts that, are subjective, which makes their inclusion in the curriculum a challenge to educators.

At the international conference On Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: The Transformational Role of Compassion, Love and Forgiveness in Health Care, held in January 2013, an interdisciplinary team of experts in this area built a conceptual basis. Spirituality was defined as a

dynamic and intrinsic aspect of humanity through which people seek meaning, purpose, transcendence and experience of a relationship with themselves, with family, with others, with the community, with society, with nature and with what is significant and/or sacred. "Spirituality expresses itself through beliefs, values, traditions, practices"<sup>6</sup> and through its conscious way to live on and with the planet Earth.<sup>7</sup>

Comparing the definition of spirituality to that of other concepts, such as pain, health, and quality of life, which are also subjective and individual in nature, can be a way to facilitate the understanding of the meaning. Spirituality is what the individual says it is and, therefore, involves respecting people's freedom of choice. In line with this thought, the concepts of bioethics and spirituality are inevitably intertwined in a shifting movement from a care model centered on the ill person to one that considers the multidimensionality of human beings<sup>8</sup>, respecting their spiritual/religious beliefs and values permeating their perspectives on living and dying<sup>7</sup>.

Health professionals acknowledge that meeting spiritual needs is an important part of palliative care, yet they state that they do not feel prepared<sup>9</sup> to identify and include them in decision-making processes.

The main barriers to the inclusion of an approach that provides attention to spiritual aspects of palliative care has been related to the lack of staff training in addressing this issue as part of the daily care routine, a lack of time, work overload, communication difficulties, concerns facing ethical dilemmas and embarrassment due to a difference of beliefs between professionals and patients, invasion of privacy and the difficulty of identifying when the patient wants to talk about their beliefs and spiritual values.<sup>9,10</sup> These barriers can be



overcome as the professional develops an understanding of the subject through adequate education.

Numerous studies highlight the importance of healthcare professional education in assessing and meeting the spiritual needs of patients and their families. These researches suggest that we need to develop and enhance healthcare professional curricula.<sup>11-15</sup> They also demonstrated that there are different levels and methods for teaching spirituality and health within different health related professions and in different countries, creating a theoretical basis to support new research.<sup>11-22</sup>

However, there are few studies that describe how this issue is being discussed and evaluated in the continuing education of health professionals, especially in the area of palliative care. Thus, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of a continuing education module on spirituality and spiritual care for patients/families under palliative care by healthcare professionals in Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Also, we sought to identify data from the healthcare professional's education process on the inclusion of spirituality for patients/families in palliative care.

## **Methods**

### **Design and participants**

This is an intervention study, quasi-experimental (no control group) with pre and posttest,<sup>23</sup> with a quantitative approach, which was conducted with 52 healthcare professionals from a public hospital in southern Brazil. The calculation of the sample was set to detect a difference of 0.8 points in the scores of the SCCS- Brazilian version, considering 1.98 and 1.45 standard

deviations in before and after respectively (based on article “The effectiveness of an educational program for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care”<sup>22</sup>), considering a 90% power and 5% significance.

#### Data collection

Data collection was conducted over the period April-November 2015 through the use of a semi-structured questionnaire which included socio-demographic data and Spiritual Care Competence Scale (SCCS) - Brazilian version.<sup>24</sup>

The participants were invited by e-mail, posters and during team meetings, which created a convenience sample whose inclusion criteria required a minimum professional experience of one year in units that attend palliative care patients.

#### Intervention and study procedure

The healthcare professionals participated in an educational module entitled “Spirituality in care for patients/families in palliative care: reflections and proposals”. The development of this educational intervention used expository/dialogue classes with an interdisciplinary approach. There were two classes of two hours each with one meeting a week.

The objective and the themes developed in first and second meeting of the module are described in box 1. During the first meeting, participants were oriented on how the research would be conducted and given clarification on the Informed Consent Term and the semi-structured questionnaire that included the SCCS - Brazilian version.<sup>24</sup> After completing the second module meeting each

participant once again answered SCCS -Brazilian version to evaluate the effectiveness of the educational proposal.

All questionnaires were returned without names to maintain participant anonymity. A numerical code was created for the participant to identify their pre and post intervention paired questionnaire.

Box 1. Module structure on spirituality in palliative care.

- ❖ The objective was to develop the competences of healthcare professionals to identify and meet the demands of spirituality and spiritual care for patients/families in palliative care.

Themes developed:

- Definitions of palliative care, spirituality and spiritual care;
- Spirituality and its interface with palliative care;
- Anamnesis and support tools for the identification of beliefs, spiritual/religious values and spirituality;
- How to integrate spirituality into patient/family care;
- Spiritual care in pain management;
- Religions and their connections with living and dying (supporting guide and registration);
- Sharing experiences within the palliative care network;
- Well-being and quality of life of patients/families;
- Ties that link spirituality and bioethics;
- Resources available for study and research on spirituality, including two e-books<sup>7,25</sup> were developed as supporting material for the module and for consultation on daily care via smart phones and/or tablets.

## Data analysis

Quantitative data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

After the education module on spirituality in palliative care, participants learning process results were detected through changes in the scores of the dimensions or domains of SCCS - Brazilian version (assessment and implementation of spiritual care, professionalism and improvement in the quality of spiritual care, support and personalized patient counselling, referral, attitude towards patient spirituality and communication). The SCCS - Brazilian version is an instrument with good internal consistency and high reliability ( $\alpha = 0.92$  and average correlation inter-item = 0.29) and stability (test-retest with no significant statistical difference and concordance coefficient intraclass between 0.67-0.84).<sup>24</sup> This instrument has psychometric measures similar to the original version.<sup>26</sup>

Thus, quantitative variables with symmetric distribution were presented as mean and standard deviation, while asymmetric quantitative variables as medians and interquartiles range (25-75). Qualitative variables were expressed as absolute and percentage frequencies. To compare the mean scores according to gender and spiritual and/or religious choice, the Student's t test was applied. For comparisons between continuous variables pre and post-intervention the Student t test for paired sample was used. To evaluate the magnitude of the measuring effect, the Cohen<sup>27</sup> measure was applied once to below effect sizes of 0.5 are considered small, moderate between 0.5 and 0.8

and above 0.8 great. The association between nonparametric variables was performed by Spearman correlation coefficient. All statistical tests were performed at a significance level of 5%.<sup>28,29</sup>

## Results

Of The total of 52 participants who started the module, 42 completed the two meetings. The sample consisted of 78.8 % (n=41) women, mean age was 42.3 (12.1). The predominant levels of education were a specialization 42.3% and master's degree 19.2%, the average professional experience was 15 (5-28) years. Of the participants 76.9% (n=40) reported having spiritual and/or religious choices and 17,3% (n=9) are said to have more than one choice at the same time (Table 1).

Insert Table 1 - Distribution of frequencies and percentages of socio demographic characteristics of healthcare professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

The data showed that only 25% (n=13) had this issue addressed during undergraduate education and 46.2% (n=24) claim to have participated in some spirituality education in the institution they worked. Even so, 76.9% (n=40) of healthcare professionals state that they typically identify the beliefs as well as the spiritual and religious values of their patients in palliative care and 71.2% (n=37) consider that their professional approach includes attention to the spirituality of the patient/family. They also considered their spirituality or beliefs/values important 25% (n=13) and extremely important 51.7% (n=27) in dealing with stress factors during patient /family care.

With respect to the SCCS - Brazilian version scores in paired sample t-testing in comparing pre and post-intervention, significant differences were observed in the dimensions or subscales: assessment and implementation of spiritual care, professionalization and improving of spiritual care quality, personal support and patients counselling ( $p < 0.001$ ) and referral ( $p = 0.003$ ). There were also statistically significant differences in the total score of the SCCS-Brazilian version ( $p < 0.001$ ). The dimensions attitude towards the patient's spirituality and communication do not show significant differences between pre and post-intervention (Table 2 and Figure 1).

Insert Table 2 - Comparison of pre and post-intervention education module scores obtained from health professionals sample ( $n = 42$ ), Porto Alegre, Brazil, 2016.

Insert Figure 1 - Comparison of mean scores pre and post-intervention education module, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

It is noteworthy that there was no statistically significant difference between genders as the average scores of the subscales of SCCS - Brazilian version ( $p > 0.05$ ) before and after intervention. However, the data presented in table 3 showed significant differences in the mean scores as spiritual and/or religious belief in the dimensions personal support and patients counselling ( $p = 0,045$ ), referral ( $p = 0,038$ ) and in the total ( $p = 0.034$ ) in the pre-intervention, but only subscale referral remained significant in the post-intervention.

Insert Table 3 - Association with religious and/or spiritual belief, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

According to the data in table 4, regarding education level, there was a statistically significant positive association with the dimension attitude towards

the patient's spirituality ( $p=0.032$ ) in the pre-intervention, but this was not maintained in the post-intervention ( $p=0.192$ ). Regarding experience time there were significant positive associations with the dimensions assessment and implementation of spiritual care ( $p=0.008$ ), referral ( $p<0.001$ ) and in the total ( $p=0.018$ ), but these were not maintained in the post-intervention.

Insert Table 4 - Association between education level and professional experience time using the Spearman correlation coefficient, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016.

### **Discussion and implications of the study**

The participants in this study recalled few educational moments during their undergraduate studies regarding spirituality. Even when working in areas of patient/family palliative care, only 46.2% of them had previously participated in educational and scientific events at work. These data endorse studies with medical students in Brazil which demonstrated a lack of training on the subject of spirituality in health. Most students had no training on this matter and believed that Brazilian medical schools do not adequately prepare them to address spiritual/religious issues in clinical practice.<sup>30</sup> Likewise, another study with students and nursing teachers also showed that there is a lack of information on spirituality, and courses in this subject should be included in the curricula.<sup>31</sup>

In this regard, numerous studies support the need to establish an educational foundation for healthcare professionals on how to conduct the assessment and care for the spirituality of patients and family. This research

suggests that we need to develop and enhance the healthcare professional curricula<sup>12,14,15,30</sup>.

Another important finding was that even though they had received little preparation as undergraduates, they identified and sought to meet the spiritual needs of palliative care patients (Table 1). These results are consistent with other research that has shown that most healthcare professionals wanted to provide spiritual care to terminally ill patients (nurses = 74% and medical = 60%). However, out of the total number of participants 39% of nurses and 41% of physicians reported that they could effectively deliver spiritual care less often than desired. This study also highlighted the importance of healthcare professional education as the primary means to complement the spiritual care performed by professionals (chaplains or spiritual leaders) in the care of patients with serious diseases.<sup>9</sup>

In turn, the results of the education module suggest that this intervention was effective in the development of the healthcare professional's competences to address and highlight spirituality for patients/families in palliative care. This became evident in the improved total scores of SCCS- Brazilian version ( $p < 0.001$ ) after participation in the continuing education module. Based on the results, it can be seen that statistically significant differences that had existed before the intervention among professionals who had a spiritual and/or religious belief and the most professional experience, did not remain in the post-intervention (Table 3 and 4). These data also demonstrates the effectiveness of the proposed continuing education module as a strategy to minimize the gaps left during graduation/education process. Therefore, it can be considered a tool



or a way of education able to integrate the aspect of spirituality in a more comprehensive and bioethical way in patient care.

### **Strengths and limitations of the study**

This study provides some evidence regarding the importance of including spirituality and spiritual care themes in palliative care through modules or continuing education programs within health institutions. However, based on the results it can not be affirmed that the improvements obtained after performing of the module can be verified regarding approach and attention to the spiritual needs of patients/families in palliative care. These data can not be generalized because they focus on a single cohort, suggesting that future research may include a control group, as well as other active methods of continuing education. Furthermore, it is suggested that further research could identify the results of this intervention in the realization of spiritual care and quality of life of patients/families.

### **Conclusion**

The positive results that were presented in comparing the pre and post-intervention show that the continuing education module with support materials for daily use, can contribute to the competences development of healthcare professionals in identifying and meeting spiritual needs. The inclusion of requests for spirituality and spiritual care is part of a bioethical approach centered on the patient/family, aimed at their full participation in the decision making process, especially in palliative care. This study demonstrates some evidence that can collaborate with health educators, reaffirming the need to

include the theme of spirituality and spiritual care in curricular bases and in the continuing education processes within care institutions, teaching and research in health.

### **Acknowledgements**

The authors would like to express their gratitude to all of the research participants and to all who contributed to this study.

### **Declaration of conflicts of interest**

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

### **Ethical committee**

This study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of Hospital de Clínicas of Porto Alegre, under the number 12-0456.

### **Funding**

This study was supported by the Incentive by Fund for Research and Event Promotion of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA).

### **References**

1. World Health Organization. Definition of palliative care. Geneva: WHO; 2005 [access 2016 July]. Available at: [ww.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)
2. Sepulveda C. Palliative care: perspective of the World Health Organization. *Dolentium Hominum* 2005; 58:16–19.
3. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med* 2014; 3:150–159.
4. Goldim JR. Complex Bioethics: a comprehensive approach to the decision-making process. *Rev AMRIGS* 2009;53:58–63.

5. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, et al. *Bioethics and spirituality*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.
6. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17:642–656.
7. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. *Spiritual care for patients/families in palliative care: a support guide for health professionals*. Porto Alegre: WWLivros; 2016 [access 2016 Apr]. Available at: [https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade\\_na\\_atencao\\_a\\_paci](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/espiritualidade_na_atencao_a_paci)
8. Dezorzi LW. *Dialogues on spirituality in the process of caring for oneself and the other for nursing in intensive care* [dissertation]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006 [access 2016 Feb 25]. Available at: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6836>
9. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:400–410.
10. Best M, Butow P, Olve I. Doctors discussing religion and spirituality: a systematic literature review. *Palliat Med* 2016;30:327–337.
11. Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
12. Kelly E. Competences in spiritual care education and training. In: Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B, eds. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
13. Lucchetti G, Lucchetti A, Puchalski C. Spirituality in medical education: Global reality?. *J Relig Health* 2012;51:3–19.
14. Paal P, Roser T, Frick E. Developments in spiritual care education in German-speaking countries. *BMC Med Educ* 2014;14:112.
15. Baldachino DR. Spiritual Care education of health care professionals. *Religions* 2015;6:594–613.
16. Baldachino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today* 2008;28:550–562.
17. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract* 2011;11:47–53.
18. Barnett KG, Fortin AH. Spirituality and medicine: a workshop for medical students and residents. *J Gen Intern Med* 2006;21:481–485.

19. Bell D, Harbinson M, Toman G, et al. Wholeness of healing: an innovative Student-Selected Component introducing United Kingdom medical students to the spiritual dimension in healthcare. *South Med J* 2010;103(12): 1204–1209
20. Bentur N, Resnizky S. Challenges and achievements in the development of spiritual-care training and implementation in Israel. *Palliat Med* 2010;24:771–776.
21. Elhardt E, Riedner C, Paal P et al. Training health professionals in taking a spiritual history. *Spiritual Care* 2013;1:26–34.
22. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, et al. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *J Clin Nurs* 2008;17:2768–2781.
23. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin, 1963.
24. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Cross-cultural adaptation and validation of the Spiritual Care Competence Scale for use in Brazil [in press].
25. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Religions and creeds in Brazil: a brief guide for health professionals. Porto Alegre: WWLivros; 2016 [access 2016 July 24]. Available at: [https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/religi\\_\\_es\\_e\\_credos\\_\\_no\\_brasil](https://issuu.com/nucleointerdisciplinardebioetica/docs/religi__es_e_credos__no_brasil)
26. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, et al. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs* 2009;18:2857–2869.
27. Cohen J. *Statistical power of analysis for the behavioral of science*. 2nd Ed. Hillsdale, NJ. 1988 Lawrence Earlbaum Associates.
28. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, et al. *Outlining clinical research: an epidemiological approach*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
29. Callegari-Jaques SM. *Biostatistics: principles and applications*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
30. Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, et al. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAEME. *BMC Med Educ* 2013;13:162.
31. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Latino-Am Enferm* 2011;19:1205–1213.

## Tables and figures

Table 1 - Distribution of frequencies and percentages of socio-demographic characteristics of healthcare professionals, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Variables	n=52
Age (years) – average (DP)	42,3 (12,1)
Sex – n(%)	
Masculine	11 (21,2)
Feminine	41 (78,8)
Education level – n(%)	
High school	4 (7.7)
Higher education incomplete	3 (5,8)
Higher education complete	10 (19.2)
Specialization	22 (42.3)
Master degree	10 (19.2)
Doctorate	2 (3.8)
Post doctorate	1 (1.9)
Experience time (years) – md (P25 – P75)	15 (5 – 28)
Spiritual and/or religious choice – n(%)	
Religious option*	36 (69.2)
Non-denominational option **	4 (7.7)

(continue)

Table 1 (continued)

Variables	n=52
Without spiritual and/or religious choice	12 (23.1)
More than one spiritual and/or religious choice – n(%)	9 (17.3)
Education regarding spirituality – n(%)	
Undergraduate	13 (25.0)
After graduation/professional training	18 (34.6)
At the institution where I work	24 (46.2)
Typically identify spiritual/religious beliefs and values during care - n (%)	40 (76.9)
Importance of spirituality or beliefs/values in dealing with stress factors in patient care – n(%)	
Not important	4 (7.7)
Little importance	0(0.0)
Relatively important	8 (15.4)
Important	13 (25.0)
Extremely important	27 (51.9)
Consider that their professional approach includes attention to the spirituality of the patient/family - n (%)	37 (71.2)

\*Catholic (62.5%), Spiritualist (30%), Buddhist (5%), Evangelical (5%), Umbanda (2.5%).

\*\*Higher/cosmic force (7.5%), Self-awareness (5%), Do good for others (5%), Philosophy of spiritual life (2.5%), Agnostic (2.5%).

Table 2 - Comparison of pre and post-intervention education module scores obtained from health professionals sample (n = 42), Porto Alegre, Brazil, 2016

Dimensions	Pre	Post	P	ES
	Mean (DP)	Mean (DP)		
Assessment and implementation of spiritual care	20.6 (3.8)	22.8 (2.8)	<0.001	0.57
Professionalization and improving the quality of spiritual care	17.5 (4.5)	20.9 (4.7)	<0.001	0.67
Personal support and patient counseling	20.4 (4.2)	23.2 (3.0)	<0.001	0.63
Referral	9.9 (2.1)	11.1 (2.0)	0.003	0.55
Attitude towards the patient' spirituality	18.7 (1.7)	18.8 (1.8)	0.849	0.03
Communication	9.1 (1.1)	9.1 (1.1)	0.822	0.04
Total	96.1 (12.9)	105.4 (12.8)	<0.001	0.61

Figure 1 - Comparison of mean scores pre and post-intervention education module, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

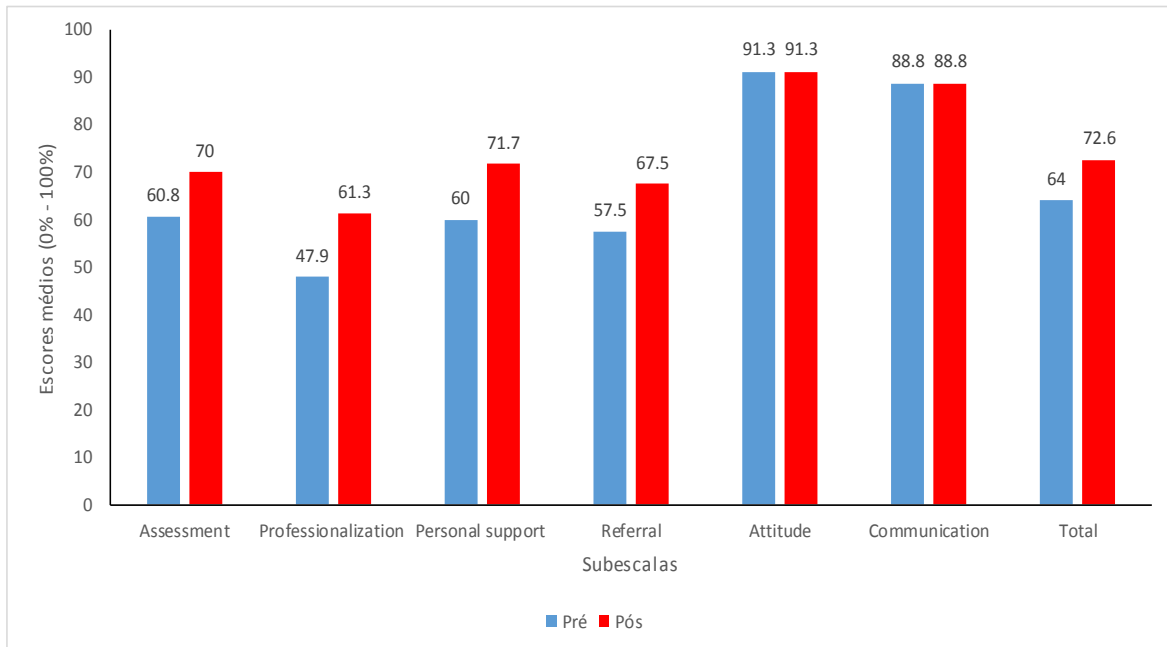




Table 3 - Association with religious and/or spiritual belief, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Dimensions	Spiritual and/or religious belief Mean (DP)	Without spiritual and/or religion belief Mean (DP)	P
Assessment and implementation of spiritual care			
Pre	21.0 (3.7)	19.1 (4.1)	0.144
Post	23.2 (3.0)	21.6 (1.7)	0.133
Professionalization and improving the quality of spiritual care			
Pre	17.9 (4.6)	15.7 (3.8)	0.132
Post	20.9 (4.7)	20.1 (3.9)	0.659
Personal support and patient counseling			
Pre	20.9 (4.7)	17.9 (4.6)	0.045
Post	23.7 (3.8)	21.0 (3.7)	0.087
Referral			
Pre	10.2 (2.3)	8.6 (2.2)	0.038
Post	11.5 (1.8)	9.7 (2.2)	0.013

(continue)

Table 3 (continued)

Dimensions	Spiritual and/or religious belief Mean (DP)	Without spiritual and/or religion belief Mean (DP)	P
Attitude towards the patient' spirituality			
Pre	18.7 (1.7)	18.0 (2.4)	0.243
Post	18.8 (1.8)	17.8 (1.6)	0.146
Communication			
Pre	9.1 (1.1)	9.0 (1.3)	0.739
Post	9.1 (1.1)	8.8 (1.3)	0.397
Total			
Pre	97.8 (13.4)	88.3 (12.5)	0.034
Post	107.2 (12.9)	99.1 (10.9)	0.096

Table 4 - Association between education level and experience time using the Spearman correlation coefficient, Porto Alegre, RS, Brazil, 2016

Dimensions	Level of education		Experience time (years)	
	$r_s$	P	$r_s$	P
Assessment and implementation of spiritual care				
Pre	-0.063	0.659	0.366	0.008
Post	-0.006	0.969	0.024	0.880
Professionalization and improving the quality of spiritual care				
Pre	0.012	0.933	0.231	0.100
Post	0.122	0.441	0.107	0.500
Personal support and patient counseling				
Pre	0.083	0.558	0.271	0.052
Post	-0.036	0.823	-0.046	0.773
Referral				
Pre	-0.044	0.757	0.473	<0.001
Post	-0.042	0.792	0.051	0.749

(continued)

Table 4 (continued)

Dimensions	Level of education		Experience time (years)	
	$r_s$	P	$r_s$	P
Attitude towards the patient'				
spirituality				
Pre	0.298	0.032	0.112	0.429
Post	0.205	0.192	0.074	0.640
Communication				
Pre	-0.027	0.851	-0.066	0.640
Post	0.206	0.192	0.097	0.542
Total				
Pre	0.011	0.937	0.327	0.018
Post	0.075	0.637	0.073	0.647

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Este estudo que partiu das indagações advindas do percurso da pesquisa de mestrado e das experiências da uma trajetória profissional de vinte e três anos como enfermeira assistencial, tendo sido quinze destes no Centro de Tratamento Intensivo Adulto e oito anos como integrante da equipe de ginecologia oncológica do ambulatório do HCPA. Ao longo deste tempo, foi possível observar as dificuldades e as lacunas deixadas pelos processos de educação dos profissionais de saúde no que tange a atenção à espiritualidade e às necessidades espirituais de pacientes/famílias, mesmo quando estes estão em cuidados paliativos.

Em busca de respostas às questões norteadoras desta pesquisa, este estudo evidenciou na primeira etapa a necessidade de um instrumento de medida com consistência interna e confiabilidade, capaz de avaliar a eficácia de ações educativas sobre espiritualidade.

O processo transcultural de adaptação e de validação da SCCS para o português falado no Brasil demonstrou que este instrumento possui alta consistência interna e confiabilidade de construto, sendo capaz de mensurar ou detectar o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para o cuidado espiritual.

Além disso, foi possível, após a adaptação da SCCS- versão brasileira, ampliar o seu potencial de uso de um modelo teórico criado para estudantes e profissionais de enfermagem para uma escala com confiabilidade para avaliar também outras profissões na área da saúde. É importante lembrar que no período do estudo de validação SCCS para o português do Brasil não foram

encontrados outros instrumentos que pudessem avaliar a competência de profissionais de saúde no cuidado espiritual, inviabilizando a avaliação da validade de critério deste instrumento. Portanto, sugere-se que novas pesquisas possam incluir outras populações de estudo, bem como análises fatoriais confirmatórias.

Na segunda etapa do estudo, os resultados confirmaram os dados de observação do cotidiano do cuidado e também de estudos anteriores, demonstrando que a graduação dos profissionais de saúde participantes contemplou minimamente o tema da espiritualidade e do cuidado espiritual. Cabe ressaltar as evidências preliminares de resultados positivos da intervenção educativa proposta nesta pesquisa, indicando que o uso de um módulo de educação pode colaborar para minimizar as lacunas deixadas ao longo do processo formação.

Nos construtos e nas implicações desta pesquisa para a prática dos profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos, tornou-se evidente a importância da inclusão dos temas espiritualidade e cuidado espiritual nos processos de educação das instituições de saúde. No entanto, com base nos resultados do estudo apenas pressupõem-se que as melhorias obtidas após a realização do módulo possam ser verificadas na abordagem e na atenção às necessidades espirituais dos pacientes/famílias em cuidados paliativos. Desta maneira, sugere-se que futuras pesquisas possam ampliar e aprofundar as evidências deste estudo.

No compartilhar das experiências dos profissionais de saúde durante o desenvolvimento dos encontros no módulo de educação e, também nas reuniões e eventos sobre espiritualidade e saúde tem acontecido um intenso

debate sobre qual seria o momento e os instrumentos mais adequados para identificar os dados da história espiritual de pacientes/famílias em cuidados paliativos, durante o atendimento hospitalar. Por sua vez, decorrem deste debate e destas reflexões novas proposições de pesquisas.

Os caminhos percorridos ao longo do desenvolvimento dos estudos no mestrado e doutorado, bem como nas atividades do NEISE deixaram impressões duradouras de aprendizados constantes no nível pessoal e profissional. Acredito, assim como afirma a aliança de saberes das cuidadoras de enfermagem do Centro de Tratamento Intensivo, que a espiritualidade é algo que emerge da interioridade humana para se manifestar na relação com outro no modo de ser do cuidador, nos encontros de cuidado, revelando-se no olhar, na atenção, no carinho, na amorosidade, na calma, no diálogo que tranquiliza, na mão que dá conforto e segurança, na capacidade de escuta e de construir uma relação de confiança<sup>44</sup>, que compõem a ambiência dos cuidados paliativos.

No convívio e aprendizado com os profissionais de saúde que participaram do módulo de educação, novos saberes emergiram e convergiram para os dados da literatura. Após esta trajetória, sinto-me a cada dia mais uma aprendiz na convivência cotidiana com os profissionais de saúde e, especialmente, com cada paciente/família que compartilha comigo suas histórias de vida e sua espiritualidade. É nessa convivência diária, com pessoas em busca de sentido e de propósito no decorrer dos tratamentos de saúde e na iminência da morte que tenho observado o quanto é importante falar abertamente sobre o que pensamos sobre ela e como compreendemos a espiritualidade no nosso viver. Que possamos continuar, sem contar dias,

horas, minutos, segundos, apenas nos ocupando de tentar ser mais conscientes da plenitude destas experiências.

Desta maneira, ao concluir este longo percurso de quatro anos, guardo a certeza de que é preciso prosseguir com humildade no coração num aprendizado constante a fim de ampliar a consciência de cuidado para comigo mesma, para com os outros com quem convivo e para com o nosso planeta. Enfim, ao ultrapassar esta etapa quero parafrasear meu estimado orientador e amigo professor Goldim e convidar a mim e a todos que lerem esta tese para o “...vamos em frente”. Esta frase tornou-se um lema ou um mantra que levo comigo com a intensidade e com a alegria desta oportunidade e, que a partir dela, possa despontar um universo de infinitas possibilidades.



**APÊNDICE A – Religiões e credos no Brasil: um guia breve para  
profissionais de saúde**

**Religiões e Credos no Brasil:**  
um guia breve para profissionais de saúde



Luciana Winterkorn Dezorzi  
Márcia Mocellin Raymundo  
José Roberto Goldim

**LUCIANA WINTERKORN DEZORZI  
MÁRCIA MOCELLIN RAYMUNDO  
JOSÉ ROBERTO GOLDIM**

**RELIGIÕES E CREDOS NO BRASIL:  
UM GUIA BREVE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**WWLIVROS  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

---

D532e Dezorzi, Luciana Winterkorn

Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde/Luciana Winterkorn Dezorzi, Márcia Mocellin Raymundo e José Roberto Goldim, ilustrações de Renato Britto, Cria Ideais. – Porto Alegre, 2016.

40 p.

ISBN: 978-85-68175-43-9 (e-book).

1. Religião para pessoal de saúde. I. Raymundo, Márcia Mocellin.  
II. Goldim, José Roberto. III. Título.

CDU: 2:616-051

---

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173



## Índice

<b>1 Introdução</b>	04
<b>2 Religiões e credos no Brasil</b>	05
2.1 Catolicismo	05
2.2 Protestantismo	07
2.3 Pentecostalismo	09
2.4 Neopentecostalismo	11
2.5 Espiritismo	13
2.6 Testemunha de Jeová	15
2.7 Ciência Cristã	17
2.8 Religiões de matriz africana: Umbanda	19
2.9 Religiões de matriz africana: Candomblé	21
2.10 Budismo	23
2.11 Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias(Mórmon)	26
2.12 Judaísmo	28
2.13 Espiritualidade indígenas Caingangues	31
2.14 Espiritualidade indígenas Guaranis	32
2.15 Islamismo	35
2.16 Hinduismo	37
<b>Obras Consultadas</b>	40



## 1 Introdução

Este guia apresenta, de forma sumária, informações sobre as religiões e credos identificados no censo do IBGE de 2010. Os dados aqui referidos estão em processo aberto e permanente de construção/adaptação cultural à realidade de nosso país, com base em referenciais teóricos e no diálogo com instituições espirituais/religiosas.

A criação deste instrumento de apoio para profissionais de saúde tem por objetivo auxiliar no processo de identificação e de atenção às demandas de espiritualidade, crenças e valores espirituais e religiosos de pacientes/famílias.

É importante lembrar que o Brasil é um país em que a grande maioria da população forma a base de suas crenças e valores espirituais por meio de escolhas religiosas, podendo haver, por vezes, nesta base, uma composição de diferentes religiões e também de práticas de autoconhecimento. Dessa maneira, as informações contidas nesta primeira edição poderão auxiliar com sugestões para o diálogo com pacientes/famílias acerca de suas escolhas a fim de conhecer como estas influenciam a tomada de decisão no processo do cuidado em saúde.

Por ser um material de apoio para o cotidiano do cuidado, as informações serão apresentadas de forma simples e objetivas.



## 2 Religiões e credos no Brasil

As religiões e credos abaixo relacionados seguem a distribuição do censo do IBGE 2010:

### 2.1 Catolicismo

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte tradição de liturgia;</li> <li>- Ênfase em práticas denominadas sacramentos, que incluem batismo, eucaristia, orações pelos doentes, ordens sagradas, casamento, confirmação, confissão/penitência e a unção dos enfermos.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orações;</li> <li>- Eucaristia e participação em missas;</li> <li>- Uso de imagens de santos e Jesus, orações com uso de rosários;</li> <li>- Capelas com Santo Sacrário.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Católicos tradicionais podem pedir a confissão sacramental antes de receber a Eucaristia, e podem querer evitar a carne às sextas-feiras, especialmente durante a estação da Quaresma (nesse caso, pode-se oferecer peixe);</li> <li>- Não há outras restrições dietéticas em geral.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há especificidades descritas. Exceções são padres e freiras que podem utilizar indumentárias específicas de acordo com sua ordem.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>



<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São contrários ao aborto;</li> <li>- No nascimento é realizado o batismo.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extrema unção;</li> <li>- Não há restrições ao toque no cadáver;</li> <li>- Vela-se o corpo;</li> <li>- Sepultamento e cremação são escolhas individuais.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bênçãos de saúde podem ser bem-vindas;</li> <li>- Sangue e hemoderivados são aceitos;</li> <li>- Pode solicitar membro amputado para ser enterrado em solo sagrado;</li> <li>- Direito do paciente terminal de manter certa lucidez para ser preparado para a morte;</li> <li>- Unção dos Enfermos (unção de um padre) pode ser muito importante;</li> <li>- Podem acreditar que o sofrimento é parte de um destino ou castigo de Deus;</li> <li>- São favoráveis à doação de órgãos (aceitam o conceito de morte encefálica).</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir à missa aos domingos e dias santos, às vezes diariamente;</li> <li>- Sacramentos;</li> <li>- Rezar o Terço (contas para ajudar nas orações);</li> <li>- Acender velas.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Festas cristãs tradicionais, bem como observância de dias santos especiais, quando a participação em missa é vista como uma obrigação;</li> <li>- Feriados como Natal, Quaresma/Semana Santa e <i>Corpus Christi</i>.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>





## 2.2 Protestantismo

São também denominadas de Igrejas históricas ou protestantes (Movimento de Reforma Protestante do século XVI). As principais denominações incluem Luteranas, Batista, Igrejas de Cristo, Igreja Episcopal ou Anglicana, Metodista Unida, Presbiteriana, adventista do 7º dia, entre outras.

<b>Sistema de crenças/valores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jesus de Nazaré é o Filho de Deus;</li> <li>- Ênfase na Escritura/Santa Bíblia como palavra de fé e vida;</li> <li>- Grupos variam muito em como eles aderem às Escrituras;</li> <li>- Os sacramentos são o Batismo e a Comunhão;</li> <li>- Culto comunitário é importante.</li> </ul>
<b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rezar;</li> <li>- Ler as escrituras;</li> <li>- Cruz;</li> <li>- Bíblia.</li> </ul>
<b>Dieta</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Hábitos de vestir</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Hábitos de higiene</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.





<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na maioria das denominações, as decisões sobre aconselhamento genético, controle de natalidade, testes de fertilidade e inseminação artificial são escolhas individuais;</li> <li>- Algumas denominações podem ter restrições;</li> <li>- Batismo das crianças é praticado em algumas denominações; outros podem desejar bênção ou ritual.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A doação de órgãos, autópsia e sepultamento ou cremação são decisões geralmente individuais;</li> <li>- Corpo deve ser tratado com respeito.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na maioria das denominações, as decisões sobre o sangue, hemoderivados, vacinas, biópsias, amputações e transplantes são escolhas individuais;</li> <li>- A oração, unção, eucaristia ou outros rituais podem ser importantes.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orações de cura e conforto ao doente;</li> <li>- Louvor dos moribundos;</li> <li>- Oração individual;</li> <li>- Sacramentos.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feriados Cristãos são observados.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.3 Pentecostalismo

Existe muita diversidade de crenças e valores religiosos no Movimento Pentecostal. As informações abaixo poderão variar entre as denominações. As principais denominações incluem Congregação Cristã, Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular, Brasil para Cristo, Deus é Amor, Evangélica Pentecostal Conservadora, dentre outras.

<b>Sistema de crenças/valores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adotam Livro dos Atos (Espírito Santo desceu sobre os apóstolos com línguas de fogo);</li> <li>- Espírito Santo pode descer sobre humanos e manifestar-se em línguas que trazem a mensagem de Deus diretamente;</li> <li>- Há experiências espirituais de cura, exorcismo e profecias;</li> <li>- Firmam laços de solidariedade entre os irmãos de fé.</li> </ul>
<b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orações;</li> <li>- Culto;</li> <li>- Bíblia.</li> </ul>
<b>Dieta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de bebidas alcoólicas é proibido.</li> </ul>
<b>Hábitos de vestir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trajes modestos;</li> <li>- Homens não podem andar seminus, deixar crescer a barba ou bigode;</li> <li>- Mulheres não devem cortar os cabelos e usar peruca;</li> <li>- Mulheres devem usar saias ou vestidos que cubram os joelhos.</li> </ul>
<b>Hábitos de higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>



<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	- São contra o aborto.
<b>Costumes na morte</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	- Não aceitam uso de álcool, fumo e drogas.
<b>Rituais e cerimônias</b>	- Descarrego.
<b>Feriados ou datas especiais</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado; - Proporcionar privacidade, sempre que necessário.



## 2.4 Neopentecostalismo

O Movimento Neopentecostal é extremamente plural e dinâmico e existe muita diversidade de crenças e valores religiosos. As informações abaixo poderão variar entre as denominações. As principais denominações incluem Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Internacional da Graça de Deus, Igreja Renascer em Cristo, Igreja Batista Nacional, Igreja Mundial do Poder de Deus, Igreja Fonte da Vida de Adoração, Ministério Nova Jerusalém, Igreja Nacional do Senhor Jesus Cristo, Ministério Internacional da Restauração, Igreja Bola de Neve, Cristo Vive, Comunidade Cristã da Paz e Vida e Igreja do Aviamento Contínuo, dentre outras.

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teologia da Confissão Positiva (palavra de fé) e da Prosperidade;</li> <li>- A Salvação se dá por meio de seguir os ensinamentos de Jesus Cristo;</li> <li>- A fé tem ênfase na busca de revelações que vêm diretamente de Deus, de curas milagrosas para doenças e a batalha espiritual entre forças espirituais do bem e do mal, que afirmam ter consequências diretas na vida cotidiana;</li> <li>- Um cristão deve ter a marca da plena fé, ser bem-sucedido, ter saúde plena física, emocional e espiritual, além de buscar a prosperidade material. A pobreza e a doença derivariam de maldições, fracassos, vida de pecado ou incredulidade.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palavra Bíblica;</li> <li>- Oração;</li> <li>- Bíblia.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>



<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Costumes na morte</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oração;</li> <li>- Unção com óleo;</li> <li>- Palavra bíblica;</li> <li>- Apoio espiritual e pastoral.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	- Cultos de libertação, prosperidade e cura divina.
<b>Feriados ou datas especiais</b>	- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.5 Espiritismo

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera o ser humano um espírito em evolução, uma consciência em expansão, um agente co-criador e um arquiteto do seu próprio destino;</li> <li>- A vida não cessa com morte física nem se restringe ao universo físico;</li> <li>- A meta é atingir a perfeição relativa, portanto a vida tem um profundo e transcendente significado.</li> <li>- Considera que todos, sem exceção, vivam em harmonia com a lei do amor e do perdão;</li> <li>- Doutrina reencarnacionista e evolucionista. Ninguém está condenado à infelicidade, ao sofrimento e ao infortúnio ou à vida limitada e miserável;</li> <li>- O Ser humano é um organismo multidimensional constituído de sistema físico/celulares, em interações dinâmicas, com complexos campos energéticos;</li> <li>- A vida de relação não cessa com a morte física. Há fenômenos mediúnicos de comunicação entre espíritos desencarnados e encarnados.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oração;</li> <li>- Meditação;</li> <li>- Livros da doutrina de Kardec.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>





<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	- Aborto só pode ser feito em caso de risco de vida materna (aborto terapêutico).
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A opção de doação de órgãos em caso de morte encefálica é pessoal;</li> <li>- A morte que ocorre é apenas do corpo físico. A vida inteligente e consciencial (espírito) continua após a morte;</li> <li>- O processo de morrer e de desligamento corporal acontece de acordo com a autoconscientização e o autoconhecimento;</li> <li>- Cremação não deveria ocorrer antes das 72 horas após o desencarne (morte física).</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passes energéticos;</li> <li>- Preces pela saúde;</li> <li>- Doação entre vivos e de órgãos não-vitais é considerado um ato de caridade;</li> <li>- Transplantes de órgãos, dependendo das circunstâncias, podem também afetar – embora nem sempre significativamente – tanto o periespírito do doador como o do receptor.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões de passes;</li> <li>- Sessões de desencarnados;</li> <li>- Sessões de desobsessão espiritual.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	- Respeitam feriados cristãos.
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.6 Testemunhas De Jeová

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deus é o Pai, enquanto que Jesus Cristo é Seu filho, uma pessoa separada. O Espírito Santo é a força motivadora de Deus;</li> <li>- Não participam de cerimônias nacionalistas (por exemplo, saudar a bandeira), e não dão presentes em feriados ou celebram dias cristãos tradicionais;</li> <li>- Acreditam que depois que o mundo for restaurado para o estado do paraíso, beneficiários de Cristo serão ressuscitados com um corpo físico perfeito, saudáveis e habitarão a terra.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rezar;</li> <li>- Ler as escrituras;</li> <li>- As reuniões são realizadas três vezes por semana em Salões do Reino locais com foco na educação.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitam comidas que contenham sangue animal (não drenado adequadamente).</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborto e inseminação artificial são proibidos;</li> <li>- O controle da natalidade é uma escolha individual;</li> <li>- Não há batismo infantil, somente quando houver escolha da pessoa.</li> </ul>





<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A morte é um estado de total inconsciência;</li> <li>- Autópsia é aceitável, se legalmente for exigida;</li> <li>- Doar ou receber órgãos é uma escolha pessoal;</li> <li>- Não há rituais especiais para doentes ou pessoas que estão morrendo;</li> <li>- Deve-se fazer todos os esforços razoáveis para prestar assistência médica e conforto;</li> <li>- Assistência espiritual será fornecida pelas Testemunhas locais (amigos, familiares e anciãos).</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não aceitam receber transfusão de sangue e hemoderivados;</li> <li>- Medicamentos de produtos derivados de sangue não podem ser aceitos;</li> <li>- O uso de meios extraordinários para prolongar a vida é uma escolha individual;</li> <li>- Aceitar receber órgãos é uma escolha individual.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Batismo de adultos.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões semanais em casas;</li> <li>- Reunião mais importante do ano é uma celebração congregacional em memória à morte em sacrifício de Cristo.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar as crenças religiosas opostas ao uso de sangue ou hemoderivados;</li> <li>- Incentivar o paciente ou a família a consultar os anciãos congregacionais ou entrar em contato com a Comissão de Ligação com Hospitais local para assistência;</li> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles gostariam de realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosas devem ser consideradas e, se possível incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.7 Ciência Cristã

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclui estudo da metafísica, o que sugere a presença de poderes espirituais que operam sobre o corpo e a mente;</li> <li>- A fé não depende de crença cega, ao contrário, depende da compreensão da perfeição da criação espiritual de Deus no presente;</li> <li>- Todas as religiões têm valor.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rezar;</li> <li>- Sacramentos.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>



<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborto é incompatível com a fé;</li> <li>- O controle da natalidade é uma decisão individual;</li> <li>- Pode solicitar uma parteira.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria não doa órgãos;</li> <li>- Cremação do corpo ou sepultamento é uma decisão da família.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acredita que doença é o resultado da desarmonia entre mente e matéria;</li> <li>- Crença de que a cura ocorre quando a pessoa se aproxima de Deus e experimenta mudança moral e espiritual;</li> <li>- Não são completamente contrários ao tratamento médico, mas podem ter receio de serem forçados a aceitar tratamentos indesejados que violam crenças pessoais e individuais.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem cerimônias ou ritos exteriores.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles gostariam de realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosas devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.8 Religiões de Matriz Africana: Umbanda

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Religião de perdão;</li> <li>- Creem em um mundo espiritual, nos Orixás e na reencarnação;</li> <li>- Acreditam que por pensamentos, sentimentos ou emoções, como inveja, ódio ou cobiça, possam atrair espíritos malfazejos;</li> <li>- O termo Umbanda (advindo da Cultura Banto) significa aquele que cura e trata os males;</li> <li>- Práticas de cura tomam um lugar significativo nos rituais de Umbanda;</li> <li>- Tratamento espiritual é necessário.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacrifício de animais (sangue é fonte de energia);</li> <li>- Uso de guias (não arrebatá-las, retirar pela frente);</li> <li>- Uso de imagens de Santos e Orixás.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrição à mistura de arroz com galinha, especialmente na alimentação de lideranças religiosas;</li> <li>- Pode haver restrições relacionadas às cores dos alimentos.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pais e Mães de Santo podem usar vestes específicas.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem restrições a métodos anticoncepcionais;</li> <li>- A vida inicia na concepção;</li> <li>- Aceitam aborto em caso de fetos não viáveis ou em caso de malformações.</li> </ul>



<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após o desencarne espírito pode ficar 7 dias rondando o corpo físico;</li> <li>- Aceita doação de órgãos.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orações;</li> <li>- Passes;</li> <li>- Banhos;</li> <li>- Benzimentos;</li> <li>- Defumações;</li> <li>- Descarrego;</li> <li>- Transporte ou descarrego (prática de expulsar espírito cuja presença pode causar prejuízos e doenças);</li> <li>- Oferenda à saúde de uma pessoa;</li> <li>- Sangue e hemoderivados, doação de órgãos são aceitos;</li> <li>- Guias devem sempre ser retiradas pela frente e nunca devem ser cortadas.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões e rituais nos Terreiros.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Festas em homenagem aos Orixás.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles gostariam de realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosas devem ser consideradas ou incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.9 Religiões de Matriz Africana: Candomblé

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O infinito é Deus;</li> <li>- A religião é uma só. A fonte original é uma só. Religiões diferentes são rios diferentes. São linhas paralelas que se encontram nos infinito;</li> <li>- A base é o oráculo, que é uma ponte com o mundo sobrenatural. Os sacerdotes são os intermediários do oráculo (jogo de búzios);</li> <li>- Os lorubás acreditam que há várias fontes possíveis de um desarranjo de saúde;</li> <li>- Energia vital chamada axé (presente em todas as formas de vida);</li> <li>- Culto aos Orixás que estão ligados às forças da natureza;</li> <li>- Reencarnacionista.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orações e cânticos;</li> <li>- Uso de guias (são um ponto de fixação das vibrações que a aura da pessoa se incumbe de ativar).</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<p>- Pai de Santo usa vestes específicas.</p>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<p>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</p>





<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vida inicia na gestação (reencarnação no início da vida fetal);</li> <li>- Criança escolhe a família (no clã da religião);</li> <li>- Aborto é proibido, a não ser em caso de risco de vida materna.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um modo de restabelecer o equilíbrio através da recomposição do axé de um ser humano é transferir para ele o axé que existe no mundo animal e no mundo vegetal, na natureza;</li> <li>- Oferendas à saúde de uma pessoa;</li> <li>- Sacerdote Ossaim trata com folhas, raízes, sementes que prepara pomadas unguentos e outros remédios;</li> <li>- Banho de ervas de limpeza e descarrego;</li> <li>- Sangue e hemoderivados, doação de órgãos são aceitos;</li> <li>- Guias devem sempre ser retiradas pela frente e nunca devem ser cortadas.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões nos Terreiros.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Festas em homenagem aos Orixás.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.10 Budismo

Há três principais tradições budistas: Tibetana, Theravada e Mahayana. As informações abaixo poderão variar entre as diferentes tradições.

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As palavras do Buda foram transmitidas oralmente por meio de seus seguidores para, posteriormente, serem formulados os ensinamentos que os budistas chamam de Dharma;</li> <li>- Incentiva seus seguidores a desenvolver sabedoria e ter compaixão para com todas as formas de vida;</li> <li>- O caminho budista envolve meditação, prática e estudo levando a "iluminação". Este caminho é definido como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• entendimento correto;</li> <li>• pensamento correto;</li> <li>• linguagem correta;</li> <li>• ações corretas;</li> <li>• modo de vida correto;</li> <li>• meditação correta;</li> <li>• esforço correto e atenção correta.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/ símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos budistas pratica meditação, e pode ser útil oferecer acesso a uma área tranquila, a fim de possibilitar a recitação de orações ou textos sagrados;</li> <li>- Queima de incenso, flores e frutas, ofertas, altares/imagens/estátuas de Buda e antepassados, rosários, caixas de canto;</li> <li>- Imagem de Buda, lótus, símbolo que representa a paz.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode ser vegetariano;</li> <li>- Pode querer evitar estimulantes (café, tabaco, álcool).</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monges usam vestes específicas.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A inseminação artificial, teste de esterilidade e controle de natalidade são aceitos;</li> <li>- Não toleram tirar uma vida, as circunstâncias da paciente determinam se o aborto será aceito;</li> <li>- As mulheres grávidas podem evitar funerais para evitar má sorte para o bebê.</li> </ul>





<p><b>Costumes na morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os rituais na morte visam promover o renascimento humano na próxima vida, bem como para a prevenção de formas inferiores de renascimento;</li> <li>- Pode querer orações/cânticos (mantras);</li> <li>- Estado de espírito da pessoa no momento da morte influencia o renascimento, desta maneira, anseiam em ter calma e paz;</li> <li>- A pessoa pode não querer medicação ao morrer se esta afeta a clareza da mente;</li> <li>- É necessário que um representante budista seja informado com antecedência para providenciar uma pessoa apropriada que possa auxiliar nos cuidados de uma pessoa que está morrendo;</li> <li>- Morte inesperada ou a morte de uma criança pequena pode exigir rituais especiais;</li> <li>- Tradicionalmente, há um período de 72 horas que o corpo não deve ser perturbado após a morte;</li> <li>- Alguns budistas podem expressar um forte desejo de morrer em casa e não no hospital. Este desejo, se possível deve ser realizado. Equipe de saúde deve discutir exaustivamente as implicações práticas desta decisão com o paciente e seus familiares, se for diagnosticada uma doença terminal;</li> <li>- A maioria dos budistas gostaria de ser cremado e o corpo poderá ser submetido à cremação no período de três a sete dias após a morte física.</li> </ul>
<p><b>Práticas relacionadas à saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A doença é resultado do karma (lei de causa e efeito), portanto uma consequência inevitável das ações nesta ou em uma vida anterior;</li> <li>- Saúde é holística (ligação entre mente e corpo);</li> <li>- Curas mentais e emocionais são importantes;</li> <li>- Cura e recuperação são promovidas pelo despertar para a sabedoria de Buda, que é a paz espiritual;</li> <li>- Não há restrições sobre sangue ou hemoderivados e procedimentos cirúrgicos;</li> <li>- Medicamentos serão aceitos quando houver grande desconforto ou dor, enquanto eles não afetarem o estado de espírito;</li> <li>- Todos consideram a doação de órgãos durante a vida um ato de compaixão. No entanto, alguns budistas podem recusar-se a oferecer a doação de órgãos após a morte, porque eles acreditam que a mente pode permanecer no corpo por algum tempo depois que o coração para de bater.</li> </ul>
<p><b>Rituais e cerimônias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há uma cerimônia mensal de expiação na lua cheia;</li> <li>- Os principais rituais são em torno de bênçãos do bebê, leigos e do monge, casamento e morte.</li> </ul>

**Feriados ou datas especiais**

- Enquanto algumas celebrações são comuns a todos os budistas, muitos são exclusivos para escolas particulares.

**Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde**

- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;  
- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.



## 2.11 Igreja De Jesus Cristo Dos Santos Dos Últimos Dias (Mórmon)

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrado em Jesus Cristo como o Primogênito de Deus;</li> <li>- Os membros são filhos espirituais literais e filhas de um Pai, que vive no céu;</li> <li>- A mortalidade é um período de estágio em que as pessoas são testadas para ver se elas vão obedecer aos mandamentos do Senhor enviados por intermédio de profetas antigos e atuais;</li> <li>- Construção de templos onde pactos sagrados e pessoais podem ser celebrados com o Senhor;</li> <li>- Crença de que todos os indivíduos serão ressuscitados e irão atingir grau de glória no céu para atos qualificados durante a sua mortalidade.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rezar;</li> <li>- Ler as escrituras;</li> <li>- King James, versão do Antigo e Novo Testamento, o Livro de Mórmon e outras escrituras.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Café, chá, tabaco e álcool são proibidos;</li> <li>- O jejum (sem comer ou beber por 24 horas) é necessário uma vez por mês. Pessoas doentes não são obrigadas a jejuar.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguns podem vestir roupas íntimas especiais (bermudas brancas na altura do joelho) que podem ser removidas por uma equipe em uma situação de emergência na sequência de um acidente, mas devem ser sempre tratados com respeito. Não costumam usá-las durante a internação no hospital.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>



<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crença de que um dos propósitos centrais da vida é a procriação;</li> <li>- Controle de natalidade é o contrário da crença;</li> <li>- Aborto é proibido, exceto quando a vida da mãe está em risco ou houve estupro;</li> <li>- Inseminação artificial é aceitável entre marido e mulher.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a morte pacífica e digna se inevitável;</li> <li>- A doação de órgãos é uma escolha individual;</li> <li>- Autópsia é permitida.</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cura pela fé (fé em Jesus Cristo e do poder do sacerdócio para curar) e assistência médica/tratamento são utilizadas em conjunto;</li> <li>- Não há restrições relativas a sangue, hemoderivados ou medicamentos.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nomeação e bênção dos filhos;</li> <li>- Dois anciãos são necessários para ritual de bênção dos enfermos.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feriados básicos cristãos, como Natal e Páscoa, bem como feriados nacionais e feriados específicos da igreja.</li> </ul>
<b>Práticas Facilitadoras para o Cuidado em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.12 Judaísmo

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um Deus universal, onipotente e onisciente que recompensará os justos e punirá os maus no final dos tempos quando houver a ressurreição de todos os mortos;</li> <li>- Exige que seus seguidores vivam suas vidas de acordo com 613 Mandamentos (mitzvot), cobrindo todos os aspectos da vida;</li> <li>- Ortodoxia é o mais fundamental dos movimentos. Aderem à escrita e às leis orais que Moisés transmitiu aos Judeus;</li> <li>- As leis foram transmitidas pelo Talmud e pela Bíblia (Torah) de onde se obtêm as conclusões claras da ética em relação: à saúde, ao valor da vida, ao valor da responsabilidade de um ser em relação ao outro, ao valor de um ser em relação a ele mesmo.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ortodoxo - pode orar três vezes/dia, idealmente em comunidade. É menos aberto à vida de oração não-litúrgica;</li> <li>- Conservadores - orações diárias;</li> <li>- Reforma - orações - pode ser mais aberto à multi-fé e orações ao lado da cama.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ortodoxos e muitos conservadores precisam de comida kosher certificada (feita com rituais judaicos);</li> <li>- Uma breve bênção é recitada antes de comer qualquer alimento.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulheres provavelmente podem solicitar para manter suas pernas acima do joelho cobertas em todos os momentos, ou expor apenas as partes de seu corpo que estão sendo examinadas;</li> <li>- Para os pacientes ortodoxos, o examinador deve ser, sempre que possível, do mesmo sexo do paciente;</li> <li>- Ambos os sexos podem querer manter os cabelos cobertos (as mulheres judias ortodoxas podem usar uma peruca, chapéu, lenço ou snood, e ortodoxos judeus homens um gorro chamado solidéu, kippah ou kappel).</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao acordar, os judeus ortodoxos vão querer lavar as mãos, pois eles não podem comer ou beber antes de fazer essas ações;</li> <li>- Alguns judeus ortodoxos não tomam banho ou ducha durante grandes festivais ou Shabbat.</li> </ul>





<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um menino saudável do sexo masculino deve ser circuncidado ao oitavo dia após o nascimento, embora este procedimento deva ser adiado para um bebê prematuro ou que não esteja saudável. O ritual é realizado por um médico treinado e certificado, funcionário da ordem religiosa, momento em que a criança é nomeada. Se a mãe e a criança estão ainda no hospital, um quarto pequeno pode ser solicitado e outros membros da família poderão participar da cerimônia;</li> <li>- Ortodoxos costumam consultar autoridade rabínica sobre controle de natalidade. Outras denominações são mais liberais;</li> <li>- Todas as denominações permitem o aborto para salvar a mãe, porém indica-se consultar autoridades rabínicas.</li> </ul>
<p><b>Costumes na morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A crença na vida após a morte é aceita por ortodoxos e conservadores. Reforma reconhece como parte da tradição, mas permite aos indivíduos formar seu próprio sistema de crenças;</li> <li>- As pessoas que experimentam graves sofrimentos, ou que se aproximam da morte, geralmente são encorajadas a se conectar com a comunidade e orar;</li> <li>- Orações para doentes podem ser uma parte importante da fé para aqueles que celebram seu judaísmo de uma forma religiosa. A oração mais comum usada neste contexto é chamada de micheberach;</li> <li>- Autópsia e doação de órgãos são aceitas para os movimentos conservadores e reformistas e segmentos menores de ortodoxia. As famílias entram em contato com seu rabino;</li> <li>- Corpo deve ser tratado com respeito. Família pode querer ficar com o corpo até que seja removido pelo diretor funeral;</li> <li>- Enterro é recomendado logo que possível;</li> <li>- A cremação é proibida ou desencorajada;</li> <li>- A lei judaica proíbe os judeus de fazer algo para apressar a morte de uma pessoa e ao mesmo tempo devem requer que seja feito todo o possível para confortar o moribundo.</li> </ul>
<p><b>Práticas relacionadas à saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode solicitar membro amputado para ser enterrado em solo sagrado;</li> <li>- Pode querer consultar rabino sobre as questões da alimentação por sonda e de suporte de vida;</li> <li>- A lei judaica aprova a transfusão de sangue, a fim de alcançar os resultados médicos desejados e permite a doação de órgãos de cadáveres;</li> <li>- Parentes de um potencial doador podem querer consultar um rabino antes de tomar uma decisão;</li> </ul>
<p><b>Rituais e cerimônias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinagoga/visita ao Templo;</li> <li>- Acender velas antes de sábados e feriados.</li> </ul>



### Feriados ou datas especiais

- Rosh Hashanah- Ano Novo Judaico (Solene);
- Yom Kippur- (sem comer ou beber) - Dia da Expição;
- Sukkot- Festival dos Tabernáculos;
- Shemini Atzeret / Simchat Torah- dias festivos concluindo as Grandes Festas;
- Channukah- festival oito dias de luzes;
- Purim- Precedido por Jejum de Ester (sem comer ou beber);
- Asara B'tevet, Tzom GUEDALIA, Shiva Asar B'Tamuz e Tisha B'Av- dias de jejum (sem comer ou beber) de luto;
- Obs.: É importante estar em contato com rabino para facilitar a celebração religiosa em um ambiente de cura - especialmente em torno de jejum;
- Sábado e dias santos podem ser dias onde a eletricidade não é usada (ortodoxos).

### Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde

- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;
- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.



## 2.13 Espiritualidade Indígenas Caingangues

<b>Sistema de crenças/valores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conservam a língua Caingangue;</li> <li>- Papel do Kuiã (líder espiritual);</li> <li>- Afirmam que possuem dois espíritos: o maligno (que leva à morte) e o benigno (que leva ao divino);</li> <li>- Possuem uma organização em que a decisão é familiar, normalmente o pai toma decisão.</li> </ul>
<b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cânticos.</li> </ul>
<b>Dieta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No pós-parto não poder ser ingerido doce, vinagre, alimentos gordurosos e cebola;</li> <li>- Não é permitido receber leite de mulher branca.</li> </ul>
<b>Hábitos de vestir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<b>Hábitos de higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não gostam que se dê banho em crianças menores de 12 anos se elas estiverem com febre e tosse.</li> </ul>





<b>Gravidez e costumes no nascimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indivíduo é considerado a partir da intenção de sua geração;</li> <li>- Aceitam aborto se a gestação for indesejada;</li> <li>- Aceitam uso de anticoncepcionais;</li> <li>- O batismo é feito com ervas e a criança é reconhecida pelo grupo. O nome é escolhido pelo Kuiã.</li> </ul>
<b>Costumes na morte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acreditam que a pessoa tem tempo certo para viver;</li> <li>- O Kuiã viaja atrás do espírito doente, se não consegue resgatá-lo, significa que o espírito já foi, houve morte espiritual;</li> <li>- Quando a pessoa morre, tem que esperar a família. O pai e a mãe fazem um ritual de banho de ervas;</li> <li>- Não aceitam necropsia (somente com muita insistência).</li> </ul>
<b>Práticas relacionadas à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Purificação pelas ervas;</li> <li>- Transfusão de sangue somente é aceita entre familiares;</li> <li>- Não aprovam que raspem os pelos para instalação de soros;</li> <li>- Não gostam que se dê banho em crianças menores de 12 anos se elas estiverem com febre e tosse;</li> <li>- Índias não gostam de ser examinadas por profissionais de saúde do sexo masculino.</li> </ul>
<b>Rituais e cerimônias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma vez por ano, realizam ritual de purificação das doenças pelas ervas.</li> </ul>
<b>Feriados ou datas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.14 Espiritualidade Indígenas Guaranis

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um deus, o pai verdadeiro – Nhanderú - que pode se manifestar de quatro formas: Kuray (sol), Karai (vento) Tupão (chuva) e Jakaiara (ligado à saúde e à doença);</li> <li>- Possuem três espíritos: o divino, o da terra e divino-mirim;</li> <li>- O Cacique tem o poder religioso que recebe de deus e tem a função de defender os direitos indígenas;</li> <li>- Existe a figura do Karai (líder religioso espiritual), que pode ser um homem ou uma mulher e tem a função de dar nome da criança e sua missão (plantar, pescar, outras). Tem mais autoridade que o Cacique geral;</li> <li>- Nem toda a aldeia tem Karai;</li> <li>- É importante o respeito aos mais velhos.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizam a oração pela saúde com uso da fumaça do cachimbo (entre eles).</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não comer no pós-parto cebola (prejudica o umbigo) e doce (leva à gravidez).</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>



<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consideram o início da vida de uma pessoa aos três meses de gestação (luas);</li> <li>- Aborto pode ser realizado com justificativa;</li> <li>- Utilizam métodos anticoncepcionais;</li> <li>- Casos de gemiparidade, só um filho é aceito, pois um tem espírito bom (o maior) e o outro tem espírito mau, sendo morto após a apresentação ao grupo. O avô é que escolhe, comparando o tamanho. Se o grupo mantém o espírito mau na tribo, ocorrem muitas coisas ruins (morte dos pais, cegueira, deformidades). Também é morto o filho com deformidade. É importante ressaltar que é aceito que estas crianças (o segundo gêmeo ou a criança com deformidade) possam ser adotadas;</li> <li>- O umbigo não deveria ser cortado pela tesoura e sim com uma taquara</li> <li>- A placenta deve ser dada para o pai da criança que a enterra na tribo no dia nascimento;</li> <li>- O bebê só pode receber leite materno de outra índia Guarani.</li> </ul>
<p><b>Costumes na morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não lamentam a doença que mata. Espírito decide que vai embora, pois viu coisas ruins;</li> <li>- Compreendem que três anos antes da morte física o espírito divino deixa o corpo e esta condição é percebida pelo Karai;</li> <li>- O espírito divino vai ao encontro do deus maior;</li> <li>- Deuses enviam um cântico para o esquecimento da morte dolorosa;</li> <li>- O corpo deve ser enterrado no cemitério Guarani;</li> <li>- A família precisa ser avisada logo após a morte, pois tudo é resolvido em coletividade;</li> <li>- Doação de órgãos e transplante é delicada. Deve ser discutida com a comunidade;</li> <li>- Quem assina o termo de consentimento de doação de órgãos é o Cacique.</li> </ul>
<p><b>Práticas relacionadas à saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não possuem problemas com cirurgias e pré-natal;</li> <li>- Tomam medicamentos;</li> <li>- Transfusão de sangue somente de outro índio Guarani.</li> </ul>
<p><b>Rituais e cerimônias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Feriados ou datas especiais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foram encontradas especificidades nos referenciais consultados.</li> </ul>
<p><b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.15 ISLAMISMO

Existem duas denominações de muçulmanos: sunitas e xiitas. As informações abaixo poderão variar entre as denominações.

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um Deus ou Alá é o princípio mais importante;</li> <li>- Completa submissão a Deus;</li> <li>- São seguidores do Profeta Maomé e do Alcorão Sagrado;</li> <li>- Um dia de julgamento e vida após a morte;</li> <li>- Compromisso de jejuar durante o mês sagrado do Ramadã: abster-se de comida, bebida, relações sexuais, más intenções e ações;</li> <li>- Compromisso para tentar uma peregrinação a Meca (na Arábia Saudita) pelo menos uma vez na vida;</li> <li>- Obrigação de doar generosamente aos pobres;</li> <li>- Crê na Unicidade de Deus, em Seus Anjos, nos seus livros sagrados (escrituras reveladas); em Seus mensageiros (todos eles), em outra vida (Vida após a Morte), no Dia do Juízo e em recompensa e punição</li> </ul> <p>Obs.: Há diferenças nas crenças entre muçulmanos sunitas e xiitas (importante perguntar ao paciente/família).</p>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode envolver-se em oração cinco vezes ao dia, de frente para Meca (amanhecer, ao meio-dia, no meio da tarde, pôr do sol, noite);</li> <li>- Rosto, mãos e pés são lavados antes da oração. A menos que seja uma emergência, esta oração não deve ser interrompida, assim como deve ser evitado ficar na frente do paciente enquanto ele estiver orando;</li> <li>- Dias de observância ocorrem durante todo o calendário lunar muçulmano.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tayyib = o que é bom, puro, limpo, saudável, nutritivo, agradável e de bom gosto;</li> <li>- Halal = o que é lícito e permitido para os muçulmanos para comer;</li> <li>- Halal Diet - carne de porco e alguns crustáceos são proibidos;</li> <li>- Álcool é possivelmente proibido;</li> <li>- Apenas óleo vegetal pode ser utilizado;</li> <li>- Compromisso de jejuar durante o mês sagrado do Ramadã;</li> <li>- As crianças, mulheres grávidas e aqueles que estão doentes estão isentos do jejum das leis, no entanto podem resistir e precisam de apoio e da fé do grupo/líder.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podem usar trajas específicos.</li> </ul>





<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O aborto é proibido, exceto em casos de estupro, incesto e se a vida da mãe está ameaçada;</li> <li>- Um feto é considerado um ser humano depois de 25 semanas de gestação;</li> <li>- Pacientes do sexo feminino podem querer ser atendidas por uma médica.</li> </ul>
<p><b>Costumes na morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A morte é controlada por plano de Deus;</li> <li>- A eutanásia ou qualquer tentativa de encurtar a vida é proibida;</li> <li>- Doação de órgãos é aceita;</li> <li>- Autópsia permitida somente por razões médicas ou legais;</li> <li>- A confissão dos pecados, implorando perdão, ocorre muitas vezes na presença da família;</li> <li>- Importante seguir cinco passos do procedimento de sepultamento que especifica lavar, vestir e posicionar o corpo;</li> <li>- Quando o momento da morte se aproxima, credo islâmico deve ser recitado;</li> <li>- A oração Janazah (oração do falecido) deve ser dita em árabe e liderada por um ser masculino (de preferência um Imam). Este processo deverá acontecer no prazo de 72 horas após a morte.</li> </ul>
<p><b>Práticas relacionadas à saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não existem restrições a sangue/hemoderivados, medicamentos, amputações, transplantes de órgãos ou biópsias;</li> <li>- A maioria dos procedimentos cirúrgicos são permitidos;</li> <li>- Os médicos são vistos como auxiliares da vontade de Deus.</li> </ul>
<p><b>Rituais e cerimônias / Feriados ou datas especiais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O jejum durante o mês do Ramadã está incluído nos cinco pilares do Islã e é considerado uma obrigação espiritual. O jejum acontece desde o nascer ao pôr do sol. O doente e crianças estão isentos do jejum, mas eles podem realizar se for seguro fazê-lo;</li> <li>- Oração Jum'ah (Oração Congregacional), realizada toda sexta-feira, o dia mais sagrado para os muçulmanos. Tem lugar na oração do meio-dia, não pode trabalhar durante este tempo.</li> </ul>
<p><b>Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;</li> <li>- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.</li> </ul>



## 2.16 HINDUÍSMO

<p><b>Sistema de crenças/valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma grande variedade de crenças são mantidas juntas por uma atitude de tolerância mútua e crença de que todas as abordagens a Deus são válidas;</li> <li>- O objetivo da humanidade é se libertar deste mundo imperfeito e se reunir com Deus;</li> <li>- Reencarnação e karma (lei de causa e efeito);</li> <li>- Seguidor deve exercer os seus deveres para com Deus, pais, professores e sociedade;</li> <li>- Não é uma religião baseada na igreja, não possui estrutura hierárquica;</li> <li>- Praticante religioso é sacerdote.</li> </ul>
<p><b>Práticas diárias/símbolos sagrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adota vários escritos sagrados, entre eles o Bhagavad Gita;</li> <li>- Vários objetos para rituais, incluindo sândalo, incenso, velas, ímbolos ou imagens, flores frescas, contas de oração;</li> <li>- Rezar, meditar, ler e recitar as escrituras.</li> </ul>
<p><b>Dieta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitualmente vegetariano;</li> <li>- Se não é vegetariano, pode evitar a carne bovina e suína;</li> <li>- De acordo com a lei dietética, a mão direita é usada para comer e a esquerda para ir ao banheiro e realizar a higiene;</li> <li>- Jejuam em dias santos.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de vestir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma mulher hindu pode achar difícil aceitar uma camisola para realizar exames, pois em geral é curta;</li> <li>- Mulheres hindus podem usar pulseiras ou um fio e a remoção deve ocorrer com permissão;</li> <li>- Alguns hindus usam uma mancha vermelha na testa ou no couro cabeludo, que não devem ser removidos ou lavados sem permissão.</li> </ul>
<p><b>Hábitos de higiene</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A higiene pessoal é muito importante e tomar banho é necessário todos os dias, mas o banho após a refeição pode ser visto como prejudicial;</li> <li>- Água quente pode ser adicionada a fria, mas não o oposto;</li> <li>- Costumam retirar os sapatos antes de entrar em um quarto.</li> </ul>



<p><b>Gravidez e costumes no nascimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Momento do nascimento pode ser importante para a família;</li> <li>- A circuncisão é incomum;</li> <li>- Pode não querer nomear o recém-nascido imediatamente;</li> <li>- Pode ser contra o aborto;</li> <li>- O controle da natalidade, a inseminação artificial e amniocentese são aceitas.</li> </ul>
<p><b>Costumes na morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A atmosfera em torno da pessoa que está morrendo deve ser pacífica;</li> <li>- Os últimos pensamentos ou palavras são de Deus;</li> <li>- Bhagavad Gita (escritura) é recitado para fortalecer a mente da pessoa e proporcionar conforto. Cânticos religiosos antes e depois da morte são continuamente oferecidos pela família, amigos e sacerdote;</li> <li>- Pode preferir morrer em casa, o mais próximo à terra mãe quanto possível (geralmente no chão);</li> <li>- Nenhum costume ou restrição sobre o prolongamento da vida;</li> <li>- Imediatamente após a morte, sacerdote pode derramar água na boca do falecido e a família pode querer lavar o corpo;</li> <li>- Não costumam deixar corpo sozinho até ser cremado;</li> <li>- Autópsia e doação de órgãos são aceitas;</li> <li>- A cremação é comum no dia da morte;</li> <li>- Feto ou crianças com menos de 2 anos de idade podem ser enterrados; não há rituais específicos.</li> </ul>
<p><b>Práticas relacionadas à saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos hindus não tem nenhuma objeção a transfusões de sangue e pode receber transplantes ou doar órgãos para transplante;</li> <li>- Dor e sofrimento vistos como resultado de ações passadas (Karma);</li> <li>- Vidas futuras serão influenciadas pela forma como se enfrenta a doença, deficiência e/ou morte;</li> <li>- Mulheres hindus vão preferir serem examinadas por uma médica e devem ser acomodadas em enfermarias mistas apenas em caso de emergência.</li> </ul>
<p><b>Rituais e cerimônias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No 10º ou 11º dia após o nascimento, o sacerdote realiza cerimônia de nomeação;</li> <li>- Cerimônias específicas variam de acordo com os costumes locais.</li> </ul>

**Feriados ou datas especiais**

- Há vários que são observados em casa; alguns têm lugar em um templo;
- Deve-se estar descalço durante o culto religioso ou qualquer tipo de celebração religiosa.

**Práticas facilitadoras para o cuidado em saúde**

- Perguntar ao paciente e à família quais práticas eles costumam realizar e quais orientações específicas de suas crenças/valores espirituais e religiosos devem ser consideradas e, se possível, incluídas em seu plano de cuidado;
- Proporcionar privacidade, sempre que necessário.





## Obras Consultadas

Bloise, P (org). Saúde Integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2011

Cerqueira-Santos E, Koller SH, Pereira MTN. Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais. *Psicologia, ciência e profissão*, 2004, 24 (3), 82-91

Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Bôer APK. Bioética e espiritualidade. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007 [acesso em 2015 jun. 22]. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=Fd7DM-w6tZLIC&hl=pt-BR>

Health Care Chaplaincy. A Dictionary of Patients' Spiritual & Cultural Values for Health Care Professionals developed by the Pastoral Care Leadership and Practice Group of Health-Care Chaplaincy, New York, NY. (Revision and update of earlier work by the Rev. Susan Wintz, BCC and the Rev. Earl Cooper, BCC) Updated 2011

IBGE. Censo Demográfico 2010. [acesso em 2015, dez. 22] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/-caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/default\\_caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/-caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm)

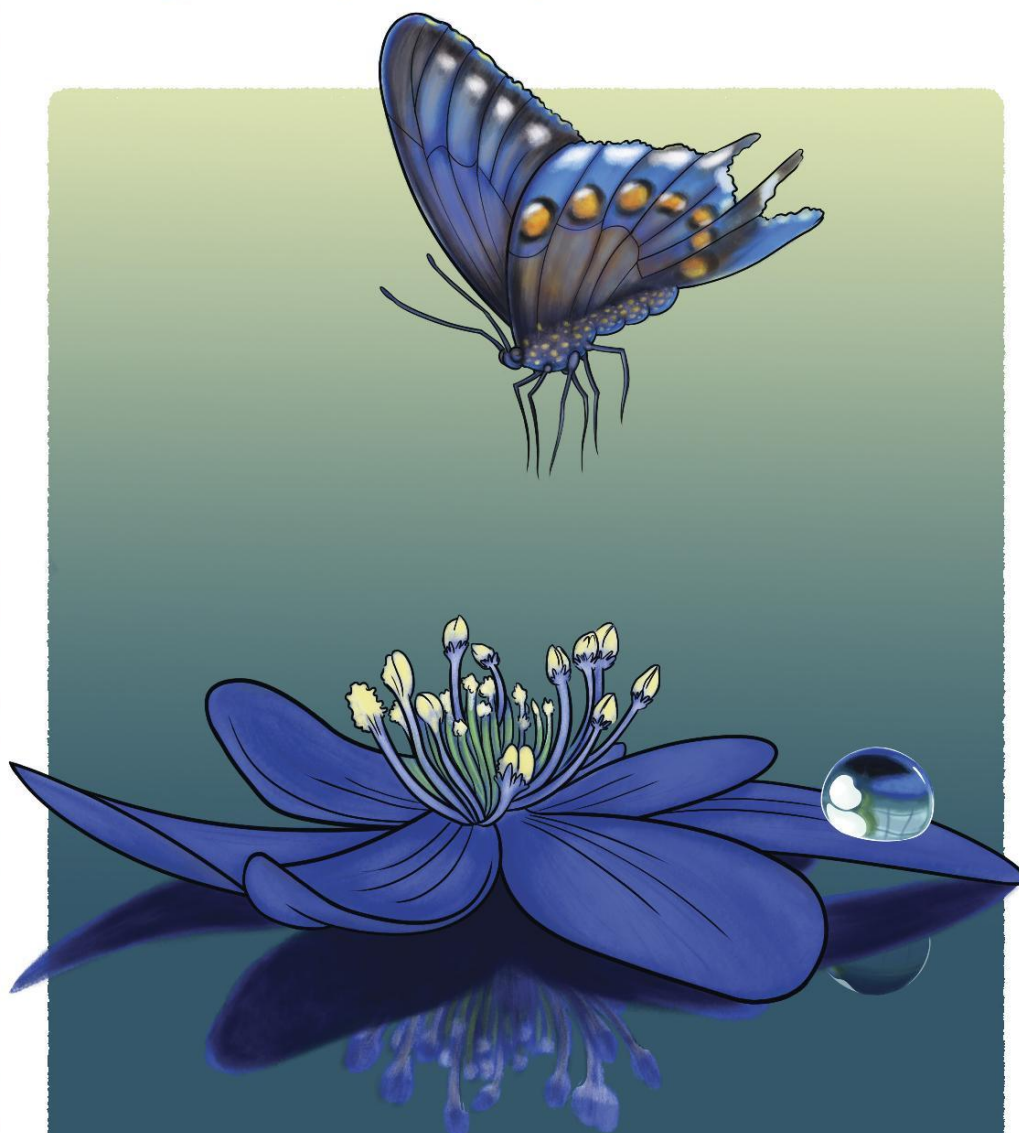
Mantovani, A. A construção social da cura em cultos umbandistas: estudo de caso no Terreiro de umbanda na cidade de Ribeirão Preto –SP. Ribeirão Preto, 2006. Dissertação de mestrado 172p

NHS Education for Scotland. Spiritual Care: A Multi-faith Resource for Healthcare Staff [access 2014 Nov. 12]. Available from: <http://www.nes.scot.nhs.uk/media/3720/-march07finalversions.pdf.pdf>

Teixeira, F, Menezes, R (org). As religiões no Brasil: continuidades e rupturas. 2. Ed Petrópolis, RJ: Vozes, 2011

**APÊNDICE B – Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde**

**Espiritualidade na atenção  
a pacientes/famílias em cuidados paliativos:  
um guia de apoio para profissionais de saúde**



Luciana Winterkorn Dezorzi  
Márcia Mocellin Raymundo  
José Roberto Goldim

**LUCIANA WINTERKORN DEZORZI  
MÁRCIA MOCELLIN RAYMUNDO  
JOSÉ ROBERTO GOLDIM**

**ESPIRITUALIDADE NA ATENÇÃO A PACIENTES/FAMÍLIAS  
EM CUIDADOS PALIATIVOS:  
UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**WWLIVROS  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

---

D532e Dezorzi, Luciana Winterkorn

Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde / Luciana Winterkorn Dezorzi, Márcia Mocellin Raymundo e José Roberto Goldim; ilustrações de Renato Britto, Cria Ideais. – Porto Alegre: WWLivros 2016.

17p.

ISBN: 978-85-68175-41-5 (e-book).

1. Espiritualidade. 2. Serviços de saúde. 3. Cuidados paliativos. I. Raymundo, Márcia Mocellin. II. Goldim, José Roberto. III. Título.

CDU: 616-083

---

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173



## Índice

<b>1 Introdução</b> -----	<b>05</b>
<b>2 Compreendendo o que é espiritualidade e o que é religião</b> -----	<b>06</b>
<b>3 Espiritualidade e sua interface com cuidados paliativos</b> -----	<b>07</b>
3.1 Instrumentos de apoio na identificação de crenças e valores espirituais/religiosos e espiritualidade-----	<b>08</b>
<b>4 Integrando a espiritualidade no cuidado de pacientes/famílias</b> -----	<b>11</b>
4.1 Planos e experiências de cuidado que contemplam atenção à espiritualidade-----	<b>11</b>
4.2 Como solicitar cuidado espiritual e/ou religioso-----	<b>12</b>
4.3 As religiões e suas conexões com o viver e o morrer-----	<b>14</b>
4.4 Laços que unem espiritualidade e bioética-----	<b>14</b>
<b>5 Recursos disponíveis para estudo e pesquisa sobre espiritualidade</b> -----	<b>15</b>
<b>Referências</b> -----	<b>16</b>





## 1 Introdução

Este texto foi elaborado para auxiliar os profissionais de saúde no processo de identificação e atenção às crenças e aos valores espirituais e religiosos que conduzem à espiritualidade, dimensão que é inerente ao ser humano. Embora o objetivo primordial deste guia seja integrar a espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos, ele poderá servir também de apoio para outras áreas que envolvam o cuidado em saúde.

Agradecimentos especiais ao Laboratório de Pesquisa em Bioética Clínica e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Labepec/HCPA), ao Fundo de Incentivo à Pesquisa do HCPA (Fipe/HCPA), ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Espiritualidade e Saúde (Neise/HCPA), ao Serviço de Enfermagem Ambulatorial (Seamb/HCPA), bem como ao professor Ricardo dos Reis, orientador da fase inicial do projeto de pesquisa ao qual este trabalho está vinculado e ao Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ppgcm/UFRGS).





## 2. Compreendendo o que é espiritualidade e o que é religião

Espiritualidade é uma dimensão humana que se traduz em compreensões diversas e individuais<sup>1</sup>.

Os termos religião e espiritualidade não são permutáveis ou sinônimos. O termo religião frequentemente se refere a um sistema organizado de fé, crenças, práticas, rituais e linguagem que caracterizam uma comunidade, geralmente baseado na crença de um ser divino. Religião é uma das muitas formas de expressão espiritual<sup>2,3</sup>. Já a expressão espiritualidade tem sido definida como uma busca pessoal por significado e propósito de vida, e pode ou não estar relacionada à religião<sup>4</sup>. Sugere-se também que ela pode estar ligada à propensão da pessoa de construir significado através de um senso de conexão com dimensões que transcendem o ego e que podem ser vivenciadas a nível intrapessoal (conectando-se consigo mesmo), interpessoal (no contexto do outro e do ambiente natural) e transpessoal (em conexão com o que não está visível, como uma força maior)<sup>5</sup>.

Considera-se que a dimensão espiritual de uma pessoa é a qualidade mais profunda do seu próprio ser. É o que constitui suas motivações últimas, seu ideal, sua utopia, sua paixão, a mística pela qual vive e assume com base em sua definição individual e em sua orientação histórica, contagiando os outros e mediando recursos da linguagem traduzidos como: sentido, consciência, inspiração, vontade profunda, autoconhecimento, valores que conduzem à vida e ao viver<sup>6</sup>.

Na conferência internacional *On Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: The Transformational Role of Compassion, Love and Forgiveness in Health Care*, realizada em janeiro de 2013, uma equipe interdisciplinar construiu uma base conceitual. Entendeu-se que espiritualidade é uma dimensão dinâmica e intrínseca da vida humana que tem relação com a maneira como as pessoas experimentam (indivíduo ou comunidade), expressam e/ou buscam significado,

propósito e transcendência, e com a maneira como elas experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmas, com os outros, com a natureza, com o que é significativo e/ou sagrado. Evidencia-se por meio da expressão de crenças, valores, tradições, práticas<sup>7</sup> e no modo consciente de conviver no e com o planeta Terra.

Para facilitar a compreensão do que significa espiritualidade, um dos caminhos possíveis seria compará-la à definição de outros conceitos, como dor, saúde e qualidade de vida, que são subjetivos e individuais. Ou seja, espiritualidade é aquilo que o indivíduo diz que é e, portanto, envolve o respeito à liberdade de escolhas de cada pessoa. Tendo em vista esse pensamento, ética e espiritualidade se entrelaçam em um movimento de transcendência de um cuidado que prioriza a pessoa doente para aquele que vislumbra o ser humano em sua multidimensionalidade<sup>1</sup>, respeitando suas crenças e seus valores espirituais/religiosos que permeiam seu viver e o seu morrer.





### 3. Espiritualidade e sua interface com cuidados paliativos

Embora se tenha consciência de que a morte é sempre uma possibilidade, quando uma pessoa adoece gravemente e percebe a proximidade do final de vida, a espiritualidade se torna primordial no planejamento de seus cuidados, uma vez que muitos pacientes encontram força, esperança, paz, conforto e o sentido/significado da vida em suas crenças e valores espirituais e/ou religiosos. Saber como abordar e incluir estas questões no cuidado implica em escuta atenta e reflexiva por parte do profissional de saúde, além de respeito e abertura para aprender como o paciente/família planeja e vive sua vida e compreende o seu processo de morte.

Estudos sugerem que a espiritualidade influencia na saúde, no processo de tomada de decisão sobre os cuidados e também na adesão do paciente às orientações realizadas pelos profissionais de saúde. Atender as necessidades espirituais das pessoas em cuidados paliativos traz benefícios terapêuticos e pode melhorar a qualidade de vida e do cuidado<sup>8</sup>.

Sendo assim, identificar crenças e valores espirituais compõe uma etapa importante da anamnese dos pacientes/famílias em cuidados paliativos. Primeiro, porque é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir e compartilhar decisões no processo do cuidado. Segundo, para que eles possam atender às solicitações de cuidado espiritual e/ou religioso do paciente/família.

Os profissionais de saúde também devem estar atentos às situações de sofrimento espiritual e religioso, que podem surgir principalmente no cuidado a pacientes oncológicos. Por exemplo, pacientes que se sentem, em suas palavras, abandonados por Deus à medida que sua doença progride e se torna incurável. Esse processo é reconhecido como coping religioso negativo<sup>9</sup> e é um dos elementos que está relacionado à dor de difícil controle e ao sofrimento espiritual<sup>10</sup>.

Entende-se por coping a maneira como a pessoa lida ou enfrenta situações estressantes.

Também há pacientes que vivenciam sofrimento psíquico e espiritual relacionados a culpas e compreendem a doença como uma forma de punição, tornando a jornada mais complexa para si mesmos, para suas famílias e para os profissionais de saúde. Saber identificar estas situações e aprender a atender as necessidades espirituais e religiosas requer um processo de educação permanente, semelhante ao que se desenvolve em outras áreas do conhecimento em saúde. Reconhecer o sentido que aquela pessoa dá ao processo de adoecimento compõe uma ambiência de cuidado que busca atender a integralidade do ser humano.







Para os pacientes que se reconhecem em cuidados paliativos é importante finalizar objetivos<sup>2</sup> e atividades iniciadas ao longo da vida. Se o paciente assim desejar, é possível auxiliá-lo a revisitar sua vida, olhando cuidadosamente experiências de alegria e de fortalecimento, assim como possibilidades de reconciliação, especialmente aquelas que promovem reencontros e deixam o paciente em paz consigo mesmo e com aqueles que lhe são caros. Ao estabelecer uma presença compassiva e uma escuta ativa, o profissional de saúde dá a possibilidade para o paciente refletir sobre suas vivências e contar com o apoio de uma equipe interdisciplinar, na qual a participação da família é primordial. Por sua vez, para que a família seja uma parceira no cuidado, é necessário que se esteja atento também as suas necessidades.

### 3.1 Instrumentos de apoio na identificação de crenças e valores espirituais/religiosos e espiritualidade

Alguns estudos sugerem que o profissional de saúde deve estar consciente de si mesmo e de sua própria espiritualidade para que possa aprender a identificar e a atender crenças e valores espirituais ou religiosos do paciente<sup>1,7,11,12</sup>. Entende-se que, ao compreender sua própria espiritualidade, o profissional de saúde inicia a ação ou reflexão primordial para valorizar e respeitar as escolhas do paciente/família e torna-se mais hábil para integrá-las no plano de cuidados.

Para identificar crenças e valores espirituais e religiosos, existem diversos instrumentos na literatura.

“Como posso fazer? Existem receitas prontas?” – essas perguntas permeiam a mente do profissional de saúde, mas a verdade é que não existem receitas prontas, pois cada paciente tem

uma história de vida única e requer uma atitude aberta e respeitosa. Dessa forma, sugere-se que o profissional pergunte usando suas próprias palavras e ouça atentamente as histórias de vida dos pacientes/famílias. Caso necessite, o profissional pode consultar abaixo algumas sugestões de questões que poderão auxiliar durante a anamnese e ao longo do processo de cuidado do paciente/família, seja na internação ou no atendimento ambulatorial. Cada questão pode se adequar melhor a um momento de cuidado com o paciente/família, bem como à experiência do profissional que vai aplicá-las. Elas poderão ajudar o profissional a compreender melhor a história de vida do paciente e a lhe guiar na elaboração de um plano de cuidados que tenha por base um processo de tomada de decisão compartilhado.





Para perguntar sobre **CRENÇAS**, sugerem-se as seguintes questões:

- » Em quê você acredita?
- » O que lhe dá forças para enfrentar este momento de adoecimento?
- » Você tem alguma escolha espiritual e/ou religiosa?
- » O que significa espiritualidade para você?
- » Você faz parte de uma comunidade espiritual e/ou religiosa?
- » Além de sua escolha religiosa e/ou espiritual, você frequenta ou inclui no seu cotidiano outras práticas?
- » Como suas crenças espirituais podem lhe ajudar a lidar com o estresse e a doença?
- » Quais práticas espirituais você desenvolve no dia a dia em casa e/ou na comunidade?
- » Gostaria de realizar alguma prática espiritual no hospital? Em qual horário?
- » Você tem algum hábito/restrrição alimentar que deseja nos informar?
- » Tem alguma prática/restrrição relacionada à sua higiene corporal?
- » Você tem algum tratamento de saúde que não seja permitido por sua crença religiosa/espiritual?
- » Você gostaria de receber a visita de algum líder espiritual/religioso durante a internação? Por favor, nos avise quando desejar?





Para perguntar sobre **VALORES**, sugerem-se as seguintes questões:

- » O que dá sentido ou significado à sua vida?
- » O que promove o seu bem-estar?
- » Como seus valores influenciam suas ações de cuidado à saúde?
- » Como você gostaria que nós, profissionais de saúde, incluíssemos suas crenças e seus valores espirituais no seu plano de cuidados?



Algumas das questões sugeridas anteriormente são inspiradas no instrumento FICA, do George Washington Institute for Health and Spirituality (Gwish)<sup>4,13</sup> e nas ideias do Neise/HCPA. Caso o profissional de saúde queira receber auxílio ou conhecer o trabalho desenvolvido pelo Neise, basta entrar em contato pelo e-mail I-neise@hcpa.edu.br.

Outro recurso que pode ser utilizado nesta etapa de preparação é o vídeo do trabalho realizado no Gwish que foi editado e traduzido para o português e que está disponível no link abaixo:

[https://youtu.be/INHa3T\\_caf0](https://youtu.be/INHa3T_caf0)



## 4. Integrando espiritualidade no cuidado de pacientes/famílias

Delinear um plano de cuidados que envolva cuidado espiritual requer a adequação da coleta de dados na anamnese, contemplando a história de vida do paciente/família, suas crenças/valores e espiritualidade, em uma abordagem interdisciplinar coordenada, clara e coesa, baseada na escuta ativa, na sensibilidade, no respeito e em decisões livres de preconceitos.

Ao integrar um cuidado baseado na atenção compassiva e centrado no relacionamento, a equipe interdisciplinar inicia a realização de um modelo de cuidado espiritual.

**Cuidado espiritual** é aquele que reconhece e responde às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza. O paciente pode querer encontrar significado para o momento vivido e para as mudanças em sua vida, buscando apoio em sua fé (por meio de ritos, oração ou práticas espirituais), ou simplesmente pode estar em busca de um ouvinte sensível. Cuidado espiritual começa com o contato humano encorajador e com um relacionamento compassivo<sup>14</sup>, capaz de se mover na direção que a necessidade requer.

### 4.1 Planos e experiências de cuidado que contemplam atenção à espiritualidade

Como é possível incluir no cotidiano do cuidado crenças e valores espirituais, abrindo espaço para práticas que sejam viáveis no ambiente hospitalar? A primeira resposta é dialogando com paciente/família e com a equipe interdisciplinar. A tomada de decisão compartilhada deve ser baseada nas experiências desta equipe e nos estudos científicos relacionados à espiritualidade no cuidado e no desejo do paciente. Nos casos em que houver conflitos éticos no processo de tomada de decisão dos cuidados, a consultoria de bioética

pode ser útil, pois tem como objetivo auxiliar as equipes assistenciais, pacientes e familiares nestas situações. Essa tem sido a experiência cotidiana do Serviço de Bioética do HCPA.

Cabe ressaltar que a espiritualidade é algo que emerge da interioridade humana e se manifesta na relação com o outro, no modo de ser do cuidador e nos encontros de cuidado. Revela-se no olhar, na atenção, no carinho, na amorosidade, na calma, no diálogo que tranquiliza, na mão que dá conforto e segurança, na capacidade de escuta e na relação de confiança, que compõem a ambiência de cuidado<sup>1</sup>.







A presença de equipes interdisciplinares aptas a realizarem o cuidado espiritual é imprescindível para o paciente. Algumas ações de cuidado espiritual já vêm sendo implementadas no HCPA como, por exemplo, a intervenção terapêutica “Relaxamento e Imagens Mentais e Espiritualidade”<sup>15</sup>, que tem sido aplicada por enfermeiras para pacientes com câncer ginecológico e com doenças cardíacas. Também existem outras experiências, oferecidas a pacientes em tratamento, como a “Meditação em Atenção Plena”, na Unidade Álvaro Alvim/HCPA.

Muitas destas práticas de cuidado que contemplam espiritualidade colaboram no processo de busca por qualidade de vida aos pacientes/famílias em cuidados paliativos e em outras áreas do cuidado à saúde. Essas experiências podem ser compartilhadas por meio do diálogo entre os profissionais de saúde, favorecendo o aprendizado sobre as crenças, os valores espirituais/religiosos e a espiritualidade dos pacientes/famílias. Assim como, possibilita a visibilidade e o registro destas experiências.

Alguns hospitais que são referência no cenário nacional e internacional iniciaram há alguns anos a implantação de Núcleos de Cuidados Integrativos<sup>16,17,18</sup>, com equipes interdisciplinares que incluem no cuidado práticas que atendam o ser humano em sua integralidade.

## 4.2 Como solicitar cuidado espiritual e/ou religioso

Como as necessidades espirituais e religiosas são individuais, o profissional de saúde precisa estar atento ao que o paciente/família lhe solicitar.

Quando o profissional se sente capacitado a oferecer apoio às práticas espirituais do paciente, ele torna o acesso mais próximo e ágil. O cuidado espiritual é reconhecido como uma atividade

inerente ao profissional de saúde que se sinta preparado para esta atividade. Entre as principais habilidades e competências para o cuidado espiritual estão: escuta, comunicação, respeito à diversidade, instilação de fé e de esperança.

O cuidado que contempla espiritualidade pode ser observado na expressão dos encontros com cada paciente/família, envolvendo atenção, amor incondicional, empatia, compaixão, sensibilidade, conforto, aceitação e gentileza. Está no modo de ser do profissional de saúde que se torna um facilitador para que o paciente resgate seu bem-estar, suas fontes de força, de alegria e encontre meios para estabelecer conexões genuínas consigo mesmo e com seus entes queridos<sup>2</sup>, encontrando sentido/significado a cada experiência vivida.

No âmbito do cuidado religioso, será necessário acessar a comunidade religiosa do paciente por meio da família. Caso o paciente não tenha uma comunidade religiosa referenciada ou a família não esteja presente, os profissionais de saúde poderão criar um cadastro de instituições religiosas e disponibilizá-lo por meio impresso ou por sistema informatizado. O HCPA criou este cadastro com a finalidade de facilitar o contato dos profissionais com as lideranças religiosas e viabilizar o atendimento de pacientes/familiares, respeitando a diversidade religiosa de nosso país.

O cadastro de instituições religiosas está disponível na intranet da instituição e de forma ilustrativa, veja como o utilizamos no cotidiano do cuidado:





### 4.3 As religiões e suas conexões com o viver e o morrer

No censo de 2010 foram identificadas inúmeras religiões e formas de credo na população brasileira. No Brasil, as pessoas podem se declarar como sendo de uma religião, mas também podem utilizar na composição de suas crenças, valores e práticas, rituais de outras religiões/credos ou práticas que promovam sua espiritualidade por meio do autoconhecimento<sup>19</sup>.

O profissional de saúde pode aprofundar sua pesquisa no cotidiano do cuidado nos seguintes documentos:

*Livro Bioética e Espiritualidade*<sup>20</sup>

Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde (<https://goo.gl/GJqhBY>)

O guia acima referido apresenta, de forma sumária, informações sobre a diversidade religiosa brasileira. Os dados deste guia estão em processo aberto e permanente de construção/adaptação cultural à realidade de nosso país, com base em referenciais teóricos e no diálogo com as instituições espirituais/religiosas. Estes dados poderão auxiliar no processo de identificação e de atenção às demandas de espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos de pacientes/famílias<sup>19</sup>.

### 4.4 Laços que unem espiritualidade e bioética

A Bioética tem um papel fundamental quando são incluídas crenças e valores espirituais/religiosos no cuidado, pois quando barreiras ou questões éticas surgem, conflitando cuidados de saúde e crenças, a atitude essencial é dialogar e adequar o cuidado com sensibilidade e respeito à diversidade multicultural<sup>19</sup>. A escuta, o diálogo e o respeito são elementos essenciais na construção de uma ambiência de cuidado que contempla espiritualidade e uma atmosfera salutar para pacientes/famílias em cuidados paliativos e para profissionais de saúde.





## 5. Recursos disponíveis para estudo e pesquisa sobre espiritualidade

Para que o profissional de saúde possa aprofundar seu conhecimento sobre espiritualidade, sugere-se a busca constante por informações nas pesquisas divulgadas em bases de dados e revistas científicas. Também é indicada a participação, sempre que possível, nas ações de educação permanente sobre espiritualidade no cuidado. Abaixo estão disponíveis alguns links com dados que evidenciam a diversidade de experiências no Brasil e no mundo:

- » Laboratório de Pesquisa em Bioética Clínica (<https://www.ufrgs.br/bioetica>)
- » Bioética e Espiritualidade (<https://goo.gl/uEbrpk>)
- » The George Washington Institute for Spirituality and Health (<http://www.gwish.org>)
- » Núcleo Interdisciplinar de Estudos Transdisciplinares de Espiritualidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (<http://goo.gl/Rxbp3U>)
- » Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (<http://goo.gl/h2iTCA>)
- » Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade da Universidade Federal de Juiz de Fora (<http://www.ufjf.br/nupes>)
- » Núcleo Avançado de Saúde, Ciência e Espiritualidade da Universidade Federal de Minas Gerais (<http://goo.gl/hjDWid>)
- » Grupo de Diálogo Inter-religioso de Porto Alegre (<http://goo.gl/XqyCJI>)
- » Academia Nacional de Cuidados Paliativos (<http://www.paliativo.org.br>)





## Referências

1. Dezorzi, LW. Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006 [citado em 2015 ago. 25]. Disponível em: <http://goo.gl/l6ohEq>
2. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of tqualitative research. Palliat Med. 2010;24(3):753-70.
3. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. J Palliat Med. 2006;9(2):464-75.
4. Puchalski CM. Religion, spirituality and end of life care: a time for listening and caring. J Palliat Med. 2002;5(2):289-94.
5. Reed, P. An emerging paradigm for the investigation nursing of spirituality in nursing. Res Nurs Health. 1992; 15(5):349-57.
6. Dorneles, M. do A. Núcleo interdisciplinar de estudos transdisciplinares sobre espiritualidade. 2001 [acesso em 2015 ago. 25]. Disponível em: <http://goo.gl/Rbva0M>
7. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014; 17(6):642-56.
8. Crang C, Muncney T. Quality of life in palliative care: being at ease in the here and now. Int J Palliat Nurs. 2008;14(2):90-7.
9. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol Estud. 2005;10(3):507-16.
10. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2011; 41(6):986-94.
11. Narayanasamy A. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing. Nurse Educ Today. 1999; 19(4):274-85.
12. Dezorzi LW, Crossetti MGO. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. Rev Lat Am Enfermagem. 2008; 16(2):212-7.
13. The George Washington Institute for Spirituality and Health [access 2015 June 22]. Available from: <https://goo.gl/avVmP0>
14. NHS Education for Scotland. Spiritual Care Matters. An Introductory Resource for all NHSScotland Staff. NES, Edinburgh. [access 2014 Nov. 12]. Available from: <http://www.nes.scot.nhs.uk/media/3723/spiritualcagemattersfinal.pdf>
15. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-DashIV LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. Rev Psiq Clin. 2007; 34(1):60-72.



16. Hospital Sírio-Libanês. Medicina avançada – especialidades [acesso em 2015 mar. 15]. Disponível em: <https://goo.gl/L2uCMv>
17. The University of Texas, MD Anderson Cancer Center. Integrative Medicine Program [access 2015 May 15]. Available from: <http://goo.gl/H065Oo>
18. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Medicina Integrativa [acesso em 2016 abr. 07]. Disponível em: <http://goo.gl/FOP0ih>
19. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde. Porto Alegre: WWLivros; 2016 [acesso em 2016 abr 07]. Disponível em <https://goo.gl/GJqhBY>
20. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Böer APK. Bioética e espiritualidade. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007 [acesso em 2015 jun. 22]. Disponível em <https://goo.gl/v7WsWv>

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais da saúde”. O objetivo deste estudo é desenvolver e avaliar a eficácia do uso de um módulo de educação permanente sobre espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos para os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Caso você aceite o convite, participará de um módulo de educação permanente com carga horária total de 4 horas, divididas em dois encontros de 2 horas. No início do 1º encontro do módulo de educação permanente você responderá ao *Questionário para Profissionais de Saúde* e à *Escala de Competência no Cuidado Espiritual*. Após sua participação no módulo de educação permanente, no 2º encontro, você deverá responder novamente à *Escala de Competência no Cuidado Espiritual* e, também, à *Avaliação do Módulo de Educação Permanente*. Os encontros serão realizados em grupo, e as falas destes encontros serão gravadas, transcritas e ficarão sob a guarda dos autores por 5 anos, quando serão desgravadas. Você não terá qualquer ônus financeiro pela participação no estudo. É importante que saiba da garantia de que as informações do estudo somente serão conhecidas pela instituição no momento da publicação do relatório final. Desta mesma forma, informações coletadas serão utilizadas para fins desta pesquisa e para a sua divulgação por meio de apresentações na instituição de origem, em eventos científicos, bem como, em publicação de artigos ou livros científicos, assegurando-se o anonimato de sua participação, ou seja, seu nome não aparecerá na divulgação dos resultados. A sua participação é de caráter voluntário, portanto assegura-se a possibilidade de sua desistência a qualquer momento. Não são conhecidos riscos por sua participação no estudo e você não terá prejuízos em seu trabalho na instituição por participar ou não do projeto.

Sabe-se que este estudo não lhe trará benefícios diretos, mas sua participação contribuirá com a pesquisa científica que pode ser capaz de melhorar nossas práticas profissionais. Assegura-se também o direito de

requerer esclarecimentos em relação a qualquer etapa da pesquisa. Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com a pesquisadora responsável Luciana Winterkorn Dezorzi através dos telefones (51) 3209 6703/ 92799573, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone (51) 3359 8304. Este termo de consentimento livre e esclarecido será entregue em duas vias, permanecendo uma delas com você e outra com o pesquisador.

Confirmo ter recebido as informações acima relacionadas e concordo com a participação no estudo.

Nome:

Assinatura:

---

Participante

---

Pesquisador que aplicou o TCLE

Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Questionário para profissionais de saúde**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Feminino

3. Tempo de experiência profissional em anos: \_\_\_\_\_

4. Qual o seu nível de escolaridade?

- (1) ensino médio completo
- (2) ensino superior incompleto
- (3) ensino superior completo
- (4) especialização
- (5) mestrado
- (6) doutorado
- (7) pós-doutorado

5. Durante sua graduação, alguma disciplina abordou em seu programa atenção à espiritualidade, crenças e valores espirituais no cuidado?

- (0) Não
- (1) Sim

6. Durante a sua formação/educação profissional, você recebeu algum tipo de preparação sobre espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos?

- (0) Não
- (1) Sim

Se sim, por favor, descreva as características desta preparação?

---

---

---

---

**7. Na instituição em que trabalha você participou de alguma atividade educativa que abordasse atenção à espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos em cuidados paliativos?**

- (0) Não
- (1) Sim

**8. Você costuma identificar espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos dos pacientes/famílias no cotidiano do cuidado?**

- (0) Não
- (1) Sim

Se sim, por favor, exemplifique sua abordagem:

---

---

---

---

**9. Como você define espiritualidade?**

---

---

---

---

**10. Você tem alguma escolha espiritual e/ou religiosa?**

- (0) Não
- (1) Sim

Se sim, por favor, especifique qual:

---

**11. Quão importante você considera a sua espiritualidade, crenças e valores espirituais para lidar com os fatores estressantes no cuidado de pacientes/famílias?**

- (1) Não é importante
- (2) Um pouco importante
- (3) Relativamente importante
- (4) Importante
- (5) Muito importante

**12. Você considera que sua abordagem de cuidado contempla a atenção à espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos de pacientes/famílias em cuidados paliativos?**

(0) Não

(1) Sim

Se sim, por favor, exemplifique:

---

---

---

---

---

**13. Em sua opinião, quais as principais barreiras para atender a espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos de pacientes/famílias em cuidados paliativos?**

---

---

---

---

---

**14. Em sua opinião, quais os principais facilitadores para atender a espiritualidade, crenças e valores espirituais/religiosos de pacientes/famílias em cuidados paliativos?**

---

---

---

---

---

## APÊNDICE E – Spiritual Care Competence Scale - Versão Brasileira

### ESCALA DE COMPETÊNCIA NO CUIDADO ESPIRITUAL

#### AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO ESPIRITUAL

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

1. Eu consigo relatar verbalmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

2. Eu consigo adaptar o cuidado às necessidades/problemas espirituais em acordo com o paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

3. Eu consigo adaptar o cuidado às necessidades/problemas espirituais do paciente por meio de uma avaliação multidisciplinar.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

4. Eu consigo registrar no plano de cuidados os aspectos do cuidado espiritual ao paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

5. Eu consigo relatar por escrito a maneira como o paciente exerce a sua espiritualidade.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

6. Eu consigo relatar verbalmente a maneira como o paciente exerce a sua espiritualidade.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )



**PROFISSIONALIZAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO  
ESPIRITUAL**

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO  
NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

7. Dentro do setor/unidade, eu contribuo para garantia da qualidade do cuidado espiritual.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

8. Dentro do setor/unidade, eu contribuo para o desenvolvimento profissional na área do cuidado espiritual.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

9. Dentro do setor/unidade, eu identifico problemas relacionados ao cuidado espiritual em espaços de discussão com colegas.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

10. Eu consigo capacitar outros profissionais para realizar o cuidado espiritual aos pacientes.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

11. Eu consigo fazer recomendações à chefia do setor/unidade sobre a inclusão de aspectos espirituais na política de cuidados.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

12. Eu consigo propor um projeto de melhoria no cuidado espiritual em um setor/unidade.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

**APOIO E ACONSELHAMENTO INDIVIDUALIZADO AO PACIENTE**

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

13. Eu consigo prestar cuidado espiritual ao paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

14. Eu consigo avaliar o cuidado espiritual que realizei em conjunto com o paciente e com a equipe de saúde.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

15. Eu consigo dar informações a um paciente sobre o atendimento espiritual disponível na instituição (incluindo cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos).

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

16. Eu consigo ajudar o paciente a dar seguimento a suas práticas espirituais diárias (incluindo rituais, oração, meditação, leitura de livros sagrados e ouvir música).

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

17. Eu consigo prestar assistência à espiritualidade do paciente durante o cuidado diário (por exemplo, cuidados físicos).

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

18. Eu consigo encaminhar os familiares do paciente a um conselheiro espiritual, se eles solicitarem e/ou manifestarem suas necessidades espirituais.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

**ENCAMINHAMENTO**

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

19. Eu consigo, efetivamente, encaminhar o cuidado das necessidades espirituais do paciente a outros profissionais.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

20. Eu consigo, de maneira rápida e eficaz, a pedido do paciente com necessidades espirituais, encaminhá-lo a um líder espiritual/religioso.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

21. Eu reconheço quando devo consultar um conselheiro espiritual em relação ao cuidado espiritual do paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

### ATITUDE EM RELAÇÃO À ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

22. Eu demonstro respeito pela espiritualidade/religiosidade do paciente sem preconceito, independentemente de suas crenças espirituais/religiosas.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

23. Estou aberto às crenças espirituais/religiosas do paciente, mesmo que elas sejam diferentes das minhas.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

24. Eu tento não impor minhas próprias crenças espirituais/religiosas ao paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

25. Estou ciente das minhas limitações pessoais ao lidar com as crenças espirituais/religiosas do paciente.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

### COMUNICAÇÃO

De acordo com cabeçalho abaixo, por favor, escolha a resposta que considera o seu nível de competência para a questão:

**1 = DISCORDO COMPLETAMENTE 2 = DISCORDO 3 = NÃO DISCORDO NEM CONCORDO 4 = CONCORDO 5 = CONCORDO COMPLETAMENTE**

26. Eu consigo ouvir atentamente a história de vida do paciente em relação a sua doença/suas necessidades especiais.

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

27. Eu tenho uma atitude de aceitação ao cuidar do paciente (interessada, compreensiva, que inspira confiança e segurança, empática, autêntica, sensível, sincera e singular).

1 ( )                      2 ( )                      3 ( )                      4 ( )                      5 ( )

## **ANEXO A – Autorização para validação Spiritual Care Competence Scale para o português do Brasil**

----- Forwarded message -----

From: **Leeuwen, R van** <[rleeuwen@gh.nl](mailto:rleeuwen@gh.nl)>  
Date: 2012-04-20 5:09 GMT-03:00  
Subject: FW: Spirituality and education in Brasil  
To: "lwdezorzi@gmail.com" <[lwdezorzi@gmail.com](mailto:lwdezorzi@gmail.com)>

Dear Mrs.Dezorzi, dear Luciana,

Thank you for being interested in the SCCS. You have my permission to use it for you research purposes. I am very interested in the results of your study. Can you inform me about that in the future. I will ask you to refer to my publication(s) in any of your publications in the future.

I wish you lots of succes with the progress of your research.

If you have any question, let me know.

With kind regards from the Netherlands,

René van Leeuwen

[cid:image2ebab2.JPG@45e2722b.42acff04]<<http://www.gh.nl>>

Tel: 038 42 555 42

[www.gh.nl](http://www.gh.nl)<<http://www.gh.nl>>

De informatie in dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan. Dit e-mailbericht is niet voorzien van een rechtsgeldige handtekening. Aan de inhoud van dit bericht kunnen geen rechten worden ontleend.

## **ANEXO B – Spiritual Care Competence Scale – Versão Original em Inglês**

### **Assessment and implementation of spiritual care**

1) I can report orally and/or in writing on a patient's spiritual needs

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

2) I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems in consultation with the patient

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

3) I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems through multidisciplinary consultation

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

4) I can record the nursing component of a patient's spiritual care in the nursing plan

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

5) I can report in writing on a patient's spiritual functioning

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

6) I can report orally on a patient's spiritual functioning

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree

(4) agree (5) fully agree

**Professionalization and improving the quality of spiritual care**

7) Within the nursing ward, I can contribute to quality assurance in the area of spiritual care

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

8) Within the nursing ward, I can contribute to professional development in the area of spiritual care

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

9) Within the nursing ward, I can identify problems relating to spiritual care in peer discussions session

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

10) I can coach other care workers in the area of spiritual care delivery to patients

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

11) I can make policy recommendations on aspects of spiritual care to the management of the nursing ward

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

12) I can implement a spiritual-care improvement project in the nursing ward

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

**Personal support and patient counselling**

13) I can provide a patient with spiritual care

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

14) I can evaluate the spiritual care that I have provided in consultation with the patient and in the disciplinary/multi-disciplinary team

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

15) I can give a patient information about spiritual facilities within the care institution (including spiritual care, meditation centre, religious services)

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

16) I can help a patient continue his or her daily spiritual practices (including providing opportunities for rituals, prayer, meditation, reading the Bible/Koran, listening to music)

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

17) I can attend to a patient's spirituality during the daily care (e.g. physical care)

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

18) I can refer members of a patient's family to a spiritual advisor/pastor, etc. if they as me and/or if they express spiritual needs

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

## **Referral**

19) I can effectively assign care for a patient's spiritual needs to another care provider/care worker/care discipline



(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

20) At the request of a patient with spiritual needs, I can in a timely and effective manner refer him or her to another care worker (e.g. a chaplain/the patient's own priest/imam)

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

21) I know when I should consult a spiritual advisor concerning a patient's spiritual care

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

#### **Attitude towards patient spirituality**

22) I show unprejudiced respect for a patient's spiritual/religious beliefs regardless of his or her spiritual/religious background

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

23) I am open to a patient's spiritual/religious beliefs, even if they differ from my own

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

24) I do not try to impose my own spiritual/religious beliefs on a patient

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

25) I am aware of my personal limitations when dealing with a patient's spiritual/religious beliefs

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

**Communication**

26) I can listen actively to a patient's 'life story' in relation to his or her illness/handicap

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

27) I have an accepting attitude in my dealings with a patient (concerned, sympathetic, inspiring trust and confidence, empathetic, genuine, sensitive, sincere and personal)

(1) completely disagree (2) disagree (3) neither agree or disagree  
(4) agree (5) fully agree

## ANEXO C – Confirmação Journal Of Clinical Nursing

---

----- Forwarded message -----

From: **Journal of Clinical Nursing** <[onbehalfof+JCN+wiley.com@manuscriptcentral.com](mailto:onbehalfof+JCN+wiley.com@manuscriptcentral.com)>

Date: 2016-07-19 22:17 GMT-03:00

Subject: Journal of Clinical Nursing - Your manuscript JCN-2016-0801

To: [ldezorzi@hcpa.edu.br](mailto:ldezorzi@hcpa.edu.br)

Cc: [ldezorzi@hcpa.edu.br](mailto:ldezorzi@hcpa.edu.br), [mraymundo@hcpa.edu.br](mailto:mraymundo@hcpa.edu.br), [jgoldim@hcpa.edu.br](mailto:jgoldim@hcpa.edu.br), [r.vanleeuwen@viaa.nl](mailto:r.vanleeuwen@viaa.nl)

19-Jul-2016

Dear Dr. Dezorzi,

Your manuscript entitled "CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE SPIRITUAL CARE COMPETENCE SCALE FOR USE IN BRAZIL" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Clinical Nursing. Your manuscript ID is JCN-2016-0801.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the Editorial Office with queries. If there are any changes in your mailing address or e-mail address, please log onto Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/jcnur> and edit your account accordingly.

The review process is usually completed within 10 weeks, but can take longer, depending on reviewer availability (e.g. during holiday periods or if an alternative reviewer needs to be approached). This time frame includes selecting and inviting reviewers, awaiting their response to the request, consideration of the reviews by the assigned Editor and, finally, the Editor's decision and communication with the author.

Please be patient during this process and it would be much appreciated if you would not email the Editorial Office to enquire about the status of your manuscript until a period of at least 10 weeks has lapsed. You can track the progress of your paper using the tracking facility in your author centre. If you wish to view the status of your manuscript, you can do so at any time by checking your Author Centre after logging onto <https://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>

Thank you very much for submitting your manuscript to the Journal of Clinical Nursing.

With best wishes,

Liz Caloi  
Editorial Office  
Journal of Clinical Nursing