GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO POR ENFERMEIRO



Ordem dos Enfermeiros

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO POR ENFERMEIRO

www.**ordemenfermeiros**.pt

FICHA TÉCNICA

Título:
Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidado espiritual prestado por enfermeiro.

Trabalho desenvolvido por:

- Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca – Coordenadora – Ordem dos Enfermeiros
- Maria Helena Oliveira Penaforte – Coordenadora – Ordem dos Enfermeiros
- Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer – Professora Associada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde, Lisboa.
- Célia Maria Jordão Simões Silva – Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.
- Joana Marques Romeiro – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde, Lisboa.
- Helga Teixeira Martins – Professora Ajunta Convidada, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde, Lisboa.

Peritos:

- Margarida Maria da Silva Vieira - Professora Associada, na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde, Porto.
- João Manuel Galhanas Mendes - Professor-Coordenador (Departamento de Enfermagem) da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora.

ISBN - 978-989-8444-68-4

Edição: Ordem dos Enfermeiros – junho 2021

SIGLAS

ABCDE - *Assessment* - Avaliação, *Being* - Ser, Collaboration - Colaboração, *Diagnosis* - Diagnóstico e *Ethics* - Ética

BEE - Bem-estar Espiritual

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRE - *Coping* Religioso e Espiritual

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EPICC - *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care*

GOBP - Guia Orientador de Boas Práticas

ICN - *International Council of Nurses*

ICNP - *International Classification for Nursing Practice*

JCI - *Joint Commission International*

MIST - *Meaning in Suffering Test*

NICA - *National Interfaith Coalition on Aging*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RISH - *The Research Institute for Spirituality and Health*

SRIG - *Spirituality Research and Innovation Group*

SWBQ - *Spiritual Well-Being Questionnaire*

ABREVIATURAS

Ed. - Edição
Et al. - E outros
n.º - Número
p. - Página

ÍNDICE

1 - **INTRODUÇÃO** 10

2 - **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** 21

2.1 - DESCRIÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ESPIRITUALIDADE 21

2.2 - NORMATIVOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS QUE RECONHECEM A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE E EM PARTICULAR EM ENFERMAGEM 22

2.3 - OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO CUIDADO ESPIRITUAL 24

2.4 - PESSOA COM CONDIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA 28

2.5 - ENFERMEIRO 28

2.6 - PROCESSO DE ENFERMAGEM 29

2.7 - RELAÇÃO DIÁDICA ENFERMEIRO-PESSOA 35

2.8 - AMBIENTE/CONTEXTO DE CUIDADO 39

2.9 - O DESENVOLVIMENTO DO SELF DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DO CUIDADO ESPIRITUAL 40

3 - **PRINCÍPIOS DA BOA PRÁTICA** 43

3.1 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DO CUIDADO ESPIRITUAL (RECURSOS; INSTRUMENTOS) 43

3.2 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE) 46

3.3 - INTERVENÇÕES ESPIRITUAIS 64

3.4 - OUTCOMES/RESULTADOS 71

3.5 - FLUXOGRAMA DO CUIDADO ESPIRITUAL 72

4 - **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 73

5 - **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 74

6 - **FAQ'S CUIDADO ESPIRITUAL** 83

7 - **RECURSOS** 85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Interações pessoa/enfermeiro/contexto de cuidado onde emergem barreiras facilitadoras e/ou inibidoras ao cuidado espiritual. 25

Figura 2 - Quadro conceptual do cuidado espiritual ao longo do processo de Enfermagem. Adaptado de Ross (1994). 30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Intervenções espirituais em enfermagem no âmbito de cuidados paliativos, segundo Ronaldson et al. (2017) 16

Tabela 2 - Intervenções de saúde espiritual segundo Puchalski et al. (2019)..... 17

Tabela 3 - Fatores inibidores e facilitadores da relação terapêutica e do cuidado espiritual 38

Tabela 4 - Fatores facilitadores e inibidores de um ambiente/contexto de cuidado espiritual 40

Tabela 5 - Estratégias promotoras do desenvolvimento do *self* do Enfermeiro 42

Tabela 6 - Recursos para a intervenção espiritual em enfermagem segundo CIPE 43

Tabela 7 - Instrumentos validados em português europeu no âmbito da espiritualidade 46

Tabela 8 - Lista de termos do CIPE disponível em https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser 63

Tabela 9 - Intervenções espirituais em enfermagem segundo CIPE 70

1 - MENSAGEM DA BASTONÁRIA E DO VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO

Este Guia Orientador de Boas Práticas sobre Cuidado Espiritual prestado por Enfermeiro foi promovido pelo Conselho de Enfermagem e elaborado por Enfermeiros.

A dimensão espiritual é essencial nos cuidados de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital, independentemente, da área onde são prestados.

A dimensão espiritual é, igualmente, transversal no cuidado à pessoa, à família e à comunidade.

Constitui-se parte integrante e indissociável do cuidar. E essa é uma das características que distinguem os Enfermeiros, cuidar do outro numa perspectiva holística e de integralidade.

No entanto, a dimensão espiritual, apesar de intrínseca à Enfermagem, tem suscitado questões, nomeadamente, no paralelismo com o conceito religiosidade.

É neste sentido que surge este guia, um documento com clarificação de conceitos, orientações de intervenção e boas práticas. Trata-se de um instrumento imprescindível para todos os Enfermeiros, independentemente da sua área e contexto de intervenção, a dimensão espiritual é intrínseca ao cuidado.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo que dedicaram a este projecto, tão importante para o desenvolvimento profissional.

Ana Rita Cavaco, Bastonária
Luís Filipe Barreira, Vice-presidente do CD

1 - INTRODUÇÃO

A elaboração do Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) - Cuidado espiritual prestado por enfermeiro - tem como objetivo reunir fundamentação, recursos e diretrizes para os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas, famílias e comunidades, ao longo do ciclo vital, numa perspetiva integral, que atende a todas as dimensões da pessoa humana nas vivências e respostas relacionadas com os seus processos de vida e de saúde.

A atenção à dimensão espiritual é essencial nos cuidados de enfermagem, mas a sua concretização tem merecido dúvidas e insegurança pelos enfermeiros, muito baseadas na necessidade de maior clarificação de conceitos e de maior objetividade ou diretrizes para uma implementação efetiva do cuidado espiritual.

Este guia oferece a definição de conceitos centrais e relacionados com a espiritualidade nos cuidados de enfermagem, recursos de apoio ao processo de decisão clínica do enfermeiro neste domínio, bem como algumas especificidades que o cuidado espiritual desvela no cuidado do enfermeiro enquanto pessoa e enquanto recurso na prestação de cuidados.

Pretendemos que este seja um guia dinâmico e em atualização e, para tal, será disponibilizado um contacto para assuntos especificamente relacionados com este documento e tema.

Neste GOBP destacam-se alguns capítulos. Um deles dedicado à fundamentação teórica ao qual se segue um capítulo em que são abordados os princípios inerentes à boa prática no cuidado espiritual prestado por enfermeiro. Evidenciamos, ainda, o capítulo inerente a "FAQ'S Cuidado Espiritual" e o conjunto de recursos neste âmbito.

Espiritualidade

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus* que significa sopro de vida. A espiritualidade é conceito complexo, dinâmico, intrínseco, multifacetado, abstrato e universal (Hurlbut & Ditmyer, 2016; Murgia, Notarnicola, Rocco, Stievano, 2020; Weathers, McCarthy, & Coffey, 2016).

Recentemente, após um estudo de análise de conceito, a espiritualidade em enfermagem foi definida como *"uma forma de estar no mundo em que a pessoa sente uma sensação de conexão consigo mesma, com os outros e / ou com um poder superior ou natureza; uma sensação de sentido na vida; e transcendência além de si mesmo, da vida quotidiana e do sofrimento"* (Weathers et al., 2016, p.15). Da definição anterior temos como atributos centrais do conceito espiritualidade a conexão, o

sentido de vida e a transcendência. Várias definições se encontram disponíveis atualmente, mas estes são os atributos comuns e que caracterizam a espiritualidade.

A espiritualidade é um tema que tem vindo a ser estudado na literatura de saúde e de enfermagem com muito interesse, em especial, nas últimas três décadas (Martins, Romeiro, & Caldeira, 2017). Muitas vezes, o conceito é utilizado como sinónimo de esperança, proteção, sabedoria, compaixão, perspetiva positiva, ser verdadeiro consigo mesmo, fonte de força, auto iluminação, paz, harmonia e equilíbrio (Hurlbut & Ditmyer, 2016). Recentemente, um novo estudo de análise do conceito de espiritualidade identificou os consequentes da espiritualidade a três níveis: na enfermagem, na organização e no doente (Murgia et al., 2020). Na enfermagem, as consequências da espiritualidade são amplas e diversas, nomeadamente, consciência, habilidades culturais, ética, cuidado holístico, aprendizagem ao longo da vida, satisfação, autoconsciência e bem-estar; na organização, a espiritualidade promove um ambiente de cura e o bem-estar; no doente, a espiritualidade é importante na qualidade de vida, no autocuidado, na autorrealização, na satisfação e no bem-estar (Murgia et al., 2020). Desta forma, cabe-nos realçar que a espiritualidade é uma dimensão importante para a enfermagem e com impacto para o cuidado dos doentes e para a organização.

Um dos obstáculos à implementação da espiritualidade de modo sistematizado nos cuidados de enfermagem relaciona-se com a visão reducionista da espiritualidade, ao ser apenas considerada como religiosidade ou religião. Este aspeto tem repercussões a nível de perceção sobre a responsabilização profissional, o que pode resultar na transmissão da responsabilidade em atender às respostas de natureza espiritual aos líderes religiosos ou capelães hospitalares.

A espiritualidade pode ser vivida de formas diferentes e, por isso, os doentes e família que não sigam nenhuma doutrina religiosa terão respostas humanas de natureza espiritual, regularmente denominadas necessidades espirituais, às quais os enfermeiros devem atender (Caldeira, Branco, & Vieira, 2011).

A espiritualidade é uma dimensão integrante e inerente ao ser humano. Contudo, em determinados momentos, como aqueles relacionados com situações críticas ou de doença, assume um lugar mais central na vida das pessoas (Caldeira, Carvalho, & Vieira, 2013). A literatura (Koenig, 2012) sublinha a espiritualidade como uma dimensão que confere resiliência e favorece o *coping*, trazendo benefícios evidentes, quer na saúde mental e física, quer na perceção de bem-estar e na influência da resposta ao trata-

mento. As definições de espiritualidade e religiosidade têm sido utilizadas ao longo dos anos de forma ambígua e sinónima. Igualmente, a subjetividade associada à conceção de espiritualidade tem dificultado o aparecimento e a aceitação de uma definição consensual, ocasionando há muito alguns debates entre diferentes investigadores (McSherry et al., 2004). Vários conceitos têm sido propostos e apresentados no âmbito da disciplina de Enfermagem, na tentativa de nomear e proporcionar maior objetividade ao enquadramento do cuidado espiritual. Contudo, a sociedade contemporânea é marcada por uma panóplia diversificada de religiões e crenças cuja linguagem e formas de expressão diferem entre si e que não se reconhecem ou identificam não só com a expressão "espiritualidade" nem com os conceitos que têm emergido a ela associada. Decorrente dessa pluralidade, o emprego de terminologias que não se coadunam com a religião e/ou crenças poderão incorrer numa ofensa involuntária do enfermeiro à pessoa a quem presta cuidados (McSherry & Ross, 2002).

Salvaguarda-se, ainda, aqueles que se encontram no extremo oposto, e que sendo ateus ou agnósticos, não partilham da ideia, no seu sentido mais lato, de existência de uma dimensão espiritual (McSherry & Ross, 2002).

A espiritualidade apresenta-se, assim, como uma dimensão mais abrangente do que a religiosidade, individual, mas presente em todas as pessoas e que merece a atenção do enfermeiro.

Religiosidade

A religiosidade e a espiritualidade, embora estejam relacionadas, constituem conceitos distintos e com diferentes significados (Jirásek, 2015; Koenig, 2012). Religiosidade é, frequentemente, definida como uma forma de expressão pública e externa, enquanto a espiritualidade tem uma natureza mais interna e pessoal (Barber, 2012; Malone & Dadswell, 2018;).

A religiosidade envolve um conjunto de crenças, comportamentos, rituais e cerimónias que podem ser realizadas ou praticadas em ambientes privados ou públicos, mas são, de alguma forma, derivadas de tradições que se desenvolveram ao longo do tempo dentro de uma comunidade (Koenig, 2012). As crenças, práticas e rituais podem relacionar-se com Deus ou uma força superior, o místico ou o sobrenatural (Koenig, 2012). Para as pessoas que seguem uma doutrina religiosa, esta pode ser a forma mais regular de expressar a sua espiritualidade.

Bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual (BEE) é uma dimensão particular do bem-estar. Apesar do conceito de saúde da

Organização Mundial de Saúde (OMS) existir desde 1948, só em 1999 a espiritualidade integrou este conceito. Também a *National Interfaith Coalition on Aging* (NICA) há muito que desenvolveu o conceito de BEE, que em 1975 já era descrito como *"a afirmação da vida através de relacionamento com Deus, com o próprio, com a comunidade e com o meio ambiente que nutre e celebra a integridade"* (NICA, 1975, p.7).

O BEE está relacionado com a fé pessoal, com as práticas religiosas, com a satisfação espiritual e com as relações interpessoais saudáveis (Jones, 2020). Neste contexto, é incontornável o contributo do conceituado investigador John W. Fisher (1999, 2010) que dedicou grande parte da sua pesquisa no desenvolvimento do conceito de BEE, nomeadamente, as quatro dimensões que comporta: a pessoal (como a pessoa se relaciona consigo mesma, e o significado e propósito de vida); a ambiental (relacionada com as relações entre o mundo físico e biológico); a transcendência (expressa-se pela relação do próprio com uma entidade Superior/Deus ou uma força cósmica); e a comunitária (nas relações interpessoais no âmbito da moralidade, da religião e da cultura).

Angústia espiritual

A angústia espiritual, enquanto diagnóstico de enfermagem (DE), foi definida como *"um estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar o sentido da vida por meio da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um Ser Superior"* (Caldeira et al., 2013, p.82). Este conceito é percecionado como complexo e multifatorial e é caraterizado por um estado de sofrimento relacionado com a falta de sentido na vida e que pode surgir quando as necessidades espirituais dos doentes não são atendidas (Martins & Caldeira, 2018). A angústia espiritual repercute-se nas dimensões existencial, social, psicológica, física, e no questionamento da dignidade (Martins & Caldeira, 2018).

O International Council of Nurses (ICN) (2020) define a angústia espiritual à semelhança de uma rotura com o que a pessoa crê acerca da vida, e onde emergem questões sobre o sentido da vida, sofrimento, separação de laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de revolta contra uma divindade, Deus, o Cosmos, a Natureza, e/ou algo transcendente. Por último, na perspetiva de Chaves, Carvalho, Terra e Souza (2010) a angústia espiritual é um distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus expressa em raiva direcionada a Deus, falta de significado ou propósito na vida, incapacidade de experimentar a transcendência, alienação, isolamento, questionar o sofrimento e

expressa falta de serenidade.

Muitos estudos demonstram que a angústia espiritual é uma resposta humana presente em alguns contextos clínicos, com uma prevalência preocupante em determinadas condições de saúde, atingindo, por exemplo, entre 40% a 50% pessoas com cancro submetidas a quimioterapia (Caldeira et al.,2013; Caldeira, Timmins, Carvalho, & Vieira, M., 2017; Martins et al., 2019).

Coping religioso e espiritual

O *Coping* religioso e espiritual (CRE) refere-se a comportamentos e crenças religiosas que utilizadas no processo de facilitação de resolução de problemas e na prevenção ou alívio das consequências emocionais negativas de situações geradoras de stress (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998).

Kenneth Pargament (1990) é um dos autores de referência no estudo e desenvolvimento do conhecimento sobre o CRE. Segundo o autor, as pessoas lidam com as situações difíceis da vida mobilizando o seu sistema de crenças e adotando práticas específicas. A religião integra esse sistema. O CRE pode comportar cinco funções: procura por sentido na vida ou nas circunstâncias, controlo da situação, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outras pessoas, e transformação da vida (Pargament, Koenig, & Peres, 2000). Nesta sequência, Kenneth Pargament indica duas dimensões do CRE, uma negativa e outra positiva. O *coping* religioso ou espiritual negativo resulta em situações como, por exemplo, questionar a existência de Deus e do seu poder; sentir insatisfação em relação a Deus ou às instituições religiosas; conflitos com membros dos grupos religiosos. O *coping* religioso ou espiritual positivo, por exemplo, relaciona-se com apoio/suporte espiritual; sentir o apoio de Deus; procurar conforto na literatura religiosa e nas organizações religiosas; procurar o perdão; e rezar.

Sentido no sofrimento

O conceito de "sentido no sofrimento" tem sido estudado e o seu aprofundamento resultou num instrumento originalmente denominado como *Meaning In Suffering Test* (MIST) desenvolvido por Patrícia Starck (Starck, 1985). Este instrumento de medida de sentido do sofrimento inevitável emergiu do "*The Meaning Theory*", inspirada na Logoterapia de Viktor Frankl (1905-1997). Afirmou-se, assim, na premissa de que a motivação humana é impulsionada pela vontade de sentido. Derivando desta visão, a sua aplicação num contexto de intervenção em enfermagem, pode verificar-se a três níveis: a avaliação do sentido de vida por meio das experiências de sofrimento; a validação da força do espírito humano; e a orientação

para a libertação ou transcendência (Kraus, 2014). A aplicação deste instrumento (MIST) tem ocorrido em contextos específicos como a doença crónica e ajudando na identificação de pessoas que manifestam sofrimento inevitável não integrado, ou seja, que não atribuem um significado, perderam o sentido e que caem no denominado "vazio existencial" (Kraus, 2014).

Crenças

As crenças concentram aquilo no qual se acredita. Está relacionada com a ação, que é também determinada pelo que se acredita. As crenças têm diferentes domínios, entre os quais os religiosos, espirituais, místicos e, existenciais, que desvelam as decisões e o comportamento das pessoas, em particular em contexto de saúde. Tome-se como exemplo, um estudo conduzido numa amostra de adolescentes com cancro cujos resultados revelaram a preponderância e influência determinante das suas crenças nas suas decisões terapêuticas durante o seu processo de doença, e permitiram superar esta etapa das suas vidas (Souza, Frizzo, Paiva, Bousso, & Santos, 2015).

Transcendência

Transcendência relaciona-se com a capacidade de elevar-se ou sair da compreensão do que é apenas sensível. Transcendência é um conceito aceite na comunidade científica, e é vista como um estado de altruísmo, de interconexão, associado a sentimentos de ser elevado (Dein, 2020). Na perspetiva da enfermagem a transcendência envolve um nível espiritual superior de consciência que se estende além do mundo físico e material (Reed, 1996; Reed, 2009).

Intervenção espiritual

As intervenções espirituais realizadas por enfermeiros foram listadas recentemente como resultado de uma revisão de literatura (Ghorbani, Mohammadi, Aghabozorgi, & Ramezani, 2020). As intervenções conciliam aspetos técnicos, éticos e de relação interpessoal, tal como de seguida são apresentadas:

- Diagnosticar os sinais de angústia espiritual;
- Avaliar as fontes de força e esperança do doente;
- Diagnosticar as necessidades espirituais;
- Garantir presença totalmente carinhosa;
- Ser altruísta;
- Garantir escuta ativa;
- Aceitar incondicional;
- Manter relação terapêutica;
- Sentir seu próprio ser, com identificação emocional com o doente, compreensão da condição do doente, reconhecendo

a oportunidade para uma conversa espiritual com o doente;
- Considerar a singularidade e situação específica de cada doente;
- Desenvolver relacionamentos significativos;
- Salvaguardar os aspetos éticos do cuidado;
- Respeitar os valores espirituais / religiosos / culturais do doente;
- Criar um ambiente terapêutico seguro;
- Registar o cuidado espiritual;
- Avaliar a eficácia do cuidado espiritual.

Em contexto clínico de cuidados paliativos, que é um dos contextos onde mais frequentemente se desenvolve investigação sobre espiritualidade, foram estudadas e descritas as intervenções de natureza espiritual, em três domínios: o humanístico; o pragmático; e as intervenções religiosas (Tabela 1).

Tipo de intervenção	Intervenções de enfermagem
Humanística	· Explorar e comunicar · Presença · Contacto humano · Permitir a expressão de necessidades espirituais · Escutar · Reflexão · Empatia e compaixão · Promover o conforto espiritual
Pragmática	· Identificar as necessidades espirituais · Avaliar das necessidades espirituais · Atender às necessidades espirituais · Encaminhar para clérigo / pastor · Encaminhar para equipa de saúde · Encaminhar para conselheiro espiritual
Intervenções religiosas	· Referenciar para serviços · Facilitar práticas / rituais · Envolver-se em práticas / rituais · Contatar o suporte pastoral / religioso

Tabela 1 - Intervenções espirituais em enfermagem no âmbito de cuidados paliativos, segundo Ronaldson et al. (2017).

Ainda em contexto de cuidados paliativos, outras intervenções de saúde espiritual também foram definidas (Tabela 2).

Tipo de intervenção	Intervenções
Técnicas de comunicação terapêutica	· Manter presença compassiva · Escutar reflexivamente, questionar sobre importantes eventos da vida · Apoiar as fontes de força espiritual do doente · Utilizar perguntas abertas · Conhecer as crenças espirituais, valores e práticas · Permitir a revisão de vida, ouvindo a história do doente · Manter presença e acompanhamento contínuos
Terapia	· Encaminhar para um cuidado espiritual por membro da equipa treinado · Permitir relaxamento progressivo ou imagem guiada · Praticar respiração ou contemplação · Facilitar terapia orientada para o sentido · Utilizar o conto de histórias · Utilizar a terapia de conservação da dignidade
Autocuidado	· Utilizar a massagem · Promover a reconciliação consigo mesmo ou com os outros · Informar sobre grupos de apoio espiritual · Utilizar a meditação ou outras atividades (yoga, tai chi) · Utilizar leituras ou rituais sagrados / espirituais · Promover o exercício · Promover a arte terapia (música, arte, dança) · Registar em diário

Tabela 2 - Intervenções de saúde espiritual segundo Puchalski et al. (2019).

Cuidado espiritual

Num paradigma holístico e de integralidade, a prestação de cuidados espirituais pelos enfermeiros deve ser considerada (Batstone, Bailey, & Hallett, 2020). Estes profissionais desempenham um papel relevante na prestação de cuidados espirituais, através de intervenções espirituais, fazendo uso do raciocínio clínico para a decisão clínica e implementação individualizada e adaptada enquanto parte do processo de enfermagem (Caldeira & Timmins, 2017). No sentido de facilitar a consciencialização do que é a essência do cuidado espiritual, Caldeira e Timmins (2017) criaram o acrónimo ABCDE (*Asses-*

sment- Avaliação, *Being*- Ser, *Collaboration* - Colaboração, *Diagnosis* - Diagnóstico e *Ethics* - Ética), facilitador da identificação das componentes basilares do cuidado espiritual. As autoras destacam, assim, a importância de integrar a avaliação da espiritualidade nos cuidados, através do enfermeiro como principal recurso, através da pessoas que é e do uso dos seus sentidos e comunicação, em colaboração com a equipa multidisciplinar, para que diagnostique de modo acurado e eticamente sensível.

O conceito de cuidado espiritual também foi explorado por Ramezani et al. (2014) que o descrevem nas seguintes premissas: presença curadora, uso terapêutico de si mesmo, sentido intuitivo, exploração da perspetiva espiritual, centrado no doente. intervenção terapêutica centrada no significado, e a criação de um ambiente espiritualmente nutritivo. Os autores Ghorbani et al. (2020) também identificaram que os atributos do cuidado espiritual são a exploração da perspetiva espiritual, presença de cura, o uso terapêutico de si mesmo, sentido intuitivo, centralização no paciente, intervenções terapêuticas centradas no significado, a criação de um ambiente espiritualmente nutritivo, a documentação e avaliação de cuidado espiritual. Não obstante, o núcleo do cuidado espiritual é, fundamentalmente, o "Ser" na prestação de cuidados aos doentes (Caldeira & Timmins, 2017; Martins & Caldeira, 2019).

Contudo, o cuidado espiritual tem sido descrito na literatura como "negligenciado na prática clínica", devido a obstáculos repetidamente enumerados pelos próprios profissionais de saúde, como por exemplo: falta de tempo; falta de um ambiente que promova a privacidade do doente, falta de formação, ausência do domínio de competências nessa área para intervir, dificuldade de reconhecimento do cuidado espiritual como intervenção, e desconforto na abordagem dos doentes no que concerne à privacidade deste domínio (Bar-Sela et al. 2018). O primeiro passo, e fundamental para gerir estes obstáculos, passa pela consciencialização, sensibilização e formação para a prestação de cuidados espirituais por parte dos enfermeiros na prática clínica (Bar-Sela et al., 2018).

Necessidades espirituais

A evidência aponta para a identificação de, pelo menos, uma necessidade espiritual em 79% dos doentes internados, embora, somente 48% se sintam confortáveis perante a abordagem destas necessidades pelos profissionais de saúde (Astrow, Kwok, Sharma, Fromer, & Sulmasy, 2018). A importância das necessidades espirituais faz-se notar no estudo de Hodge, Salas-Wright e Wolosin, (2016), no qual a satisfação das necessidades espiri-

tuais está associada de uma forma positiva com a satisfação geral em relação à prestação de serviços durante a hospitalização. Distintamente, quando as necessidades espirituais não são atendidas, traduz-se num decréscimo da qualidade dos cuidados prestados (Astrow et al., 2018).

De uma forma geral, as necessidades espirituais são expressas pela conexão consigo próprio, com os outros, com o meio ambiente, poder superior ou Deus, perdão, esperança e força, amor e relacionamentos harmoniosos, significado e propósito de vida, crenças e valores pessoais, práticas espirituais, o conceito de Deus ou divindade, a confiança, paz interior e as necessidades existenciais (Büssing, Pilchowska, & Surzykiewicz, 2015; Narayanasamy, 2010). As necessidades espirituais não se resumem apenas aos contextos de fim de vida ou cancro, pois foram também identificadas em outros contextos, como, nos casais inférteis em tratamento de fertilidade (Romeiro, Caldeira, Brady, Timmins, & Hall, 2017a).

No âmbito dos cuidados paliativos, a evidência atesta o agrupamento das necessidades espirituais em oito categorias: encontrar o sentido e o propósito da vida; encontrar o sentido na vivência da doença; estar conectado a outras pessoas, Deus e natureza; ter acesso a práticas religiosas / espirituais; bem-estar físico, psicológico, social e espiritual; falar sobre a morte e a experiência de morrer; aproveitar melhor o seu tempo; ser independente e ser tratado como uma pessoa normal (Mesquita, Chaves, & Barros, 2017). No contexto oncológico, as necessidades espirituais mencionadas pelos doentes são a conexão, procura da paz, encontrar significado e propósito de vida e o alcance da transcendência (Hatamipour, Rassouli, Yaghmaie, Zendedel, & Majd, 2018). Continuando no mesmo contexto, as necessidades espirituais de maior importância para as pessoas com cancro foram a positividade/gratidão/esperança/paz, o amor/sentimento de pertença/respeito, o divino e, por fim, o significado e propósito de vida (Forouzi, Tirgari, Safarizadeh, & Jahani, 2017).

Destinatários

A todos os enfermeiros que cuidam de pessoas, famílias e comunidades, ao longo do ciclo vital.

Finalidade

Este guia tem como finalidade orientar a prática de enfermagem na área de intervenção do cuidado espiritual a pessoas, famílias e comunidades, ao longo do ciclo vital, numa perspetiva integral, que atende a todas as dimensões da pessoa humana nas vivências e respostas relacionadas com os seus processos de vida e de saúde.

Objetivos

- Compreender a importância da espiritualidade nos cuidados de enfermagem;
- Explorar as diversas estratégias e obstáculos inerentes ao cuidado espiritual;
- Capacitar os enfermeiros sobre os instrumentos e estratégias de avaliação, os diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade, e as intervenções que constituem o cuidado espiritual prestado pelo enfermeiro;
- Facilitar a tomada de decisão do enfermeiro no âmbito de uma intervenção autónoma para o cuidado espiritual.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - DESCRIÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ESPIRITUALIDADE

Espiritualidade, religião e ciência são conceitos cada vez mais relacionados.

Espiritualidade e religião parecerem assumir sentidos opostos e autónomos, os estudos científicos, nas últimas duas décadas, têm analisado a influência da espiritualidade na promoção da saúde e do bem-estar.

Demir (2019) na pesquisa ao banco de dados *Web of Science* e a partir de uma análise bibliométrica aos documentos publicados sobre espiritualidade, religião e saúde entre 1975 e 2017, constatou que um aumento significativo no número de publicações entre os anos de 1999 e 2017, principalmente após 2009 e concluiu ainda lacunas informativas sobre os efeitos da evidência encontrada na prática clínica.

A espiritualidade tem estado no cerne da disciplina de Enfermagem e foi também descrita por Florence Nightingale (2009) na sua publicação "Notas sobre Enfermagem" como uma necessidade intrínseca da pessoa (saudável ou doente), crente e não crente, em ser valorizada nos cuidados de Enfermagem.

Burkhardt e Nagai-Jacobson (2016) referem que a espiritualidade é uma dimensão humana inata, dinâmica que encerra, segundo Moberg (2012), quase tudo o que pertence ao espírito. A palavra espírito deriva do latim "*spiritus*", que por sua vez provém do grego "pneuma", significando sopro vital da inspiração e expiração, que se apresenta como sinal de vida (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002; Clarke, 2013; Young & Koopsen, 2005; Mcsherry, 2006).

A espiritualidade é multidimensional, individual, subjetiva, dinâmica e integrativa constituída pelos seguintes atributos: conexão com o self, Deus ou Ser Supremo, outros e natureza, sentido / objetivo de vida, esperança e transcendência (Monareng, 2012; Weathers et al., 2016).

Timmins et al. (2015) referem que a espiritualidade em enfermagem é um conceito holístico mais amplo que transcende a religião e que de acordo com a definição de Narayanasamy (2010), é a força que nos guia por trás de nossa singularidade, atua como uma força interior e nos faz emergir como pessoa. A espiritualidade é a dimensão íntima e intangível que nos motiva a relacionarmos com os outros e

com o meio ambiente, na busca de sentido, com o propósito de estabelecermos relacionamentos positivos e de confiança com os outros.

Segundo Martsolf e Mickley, (1998) a interconexão entre o enfermeiro e o doente, será crucial para a saúde e o bem-estar espiritual (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2016). Na teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010) a espiritualidade é parte integrante desta teoria de médio alcance e é facilitadora de uma intervenção terapêutica de enfermagem com o objetivo de promover uma transição bem-sucedida e saudável (Martins & Caldeira, 2021).

A saúde espiritual é considerada uma das principais dimensões da saúde humana e o BEE, é definido como o benefício decorrente da forma como os indivíduos procuram expressar significado e propósito e como experimentam a sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, e o sagrado (Puchalski et al., 2009). Diversas pesquisas têm revelado a intimidade e o reflexo da espiritualidade com a saúde geral da pessoa (Büssing et al., 2014; Koenig, 2015).

2.2 - NORMATIVOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS QUE RECONHECEM A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE E EM PARTICULAR EM ENFERMAGEM

Os primeiros aspetos relacionados com a legislação e a dimensão espiritual em contexto de saúde, foram provindos do Decreto Regulamentar 58/80, de 10 de outubro em que aos doentes em tratamento nos hospitais era conferido o direito a assistência religiosa, sendo esta assegurada por capelães nas intuições. Muito tempo se passou, até o próximo documento normativo surgir, sendo necessário chegar ao ano de 2009 para que o Decreto-lei n.º 253/2009, de 23 de setembro, regulamentasse a Assistência Espiritual e Religiosa no Sistema Nacional de Saúde. Com este documento, deu-se um passo importante para sublinhar a importância da religião e da espiritualidade na saúde, numa aparente inovadora e contemporânea legislação da inclusão da dimensão espiritual.

Nessa sequência, foi criado, em 2009, o Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar – DGS, sendo este documento patrocinado pela Comissão Nacional da Pastoral da Saúde, da iniciativa do Grupo de Trabalho Religiões Saúde. Com este instrumento de trabalho, os profissionais de saúde têm vantagem para desenvolver junto dos doentes a terapia de acompanhamento indispensável ao cuidar. Por outro lado, todos se aperce-

bem da dimensão terapêutica da espiritualidade. O acompanhamento espiritual e religioso é indispensável à cura e ao cuidar do doente e, assim, este manual consiste em detalhar as características de cada religião, as práticas religiosas e seus textos sagrados; os ritos do nascimento; a alimentação e a prescrição religiosa; sentido e práticas na doença e no sofrimento e os ritos prescritos perante o mistério da morte.

A DGS, estabelecendo os Direitos do Doente Internado, torna clara uma resposta à dimensão espiritual, no acompanhamento do doente internado, reconhecendo-lhe o direito de ser respeitado independentemente das suas crenças religiosas.

As entidades de acreditação são igualmente claras da necessidade da inclusão da dimensão espiritual. Por exemplo, a JCI descreve como um dos requisitos específicos para a participação no processo de acreditação que: *"o hospital oferece atendimento respeitoso de crenças e valores pessoais do doente e responde a solicitações de crenças relacionadas ao espiritual e religioso"* (JCI, 2014, p.17). Igualmente, a JCI para o processo de acreditação, considera que, nos cuidados em fim de vida, os doentes apresentam necessidades especiais e podem precisar de ajuda para lidar com questões espirituais associadas com morte e morrer (JCI, 2014).

Em Portugal, o Manual de Acreditação em Saúde da DGS (2013) menciona que os utentes têm o *"direito a que lhes sejam prestados cuidados de saúde que salvaguardem a sua dignidade pessoal e respeitem os seus valores culturais, psicossociais e espirituais"* (p.41).

A nova Lei n.º 95/2019 de Bases da Saúde que revoga a Lei n.º 48/90, refere que as pessoas têm direito de receber assistência religiosa e espiritual, sendo esta a única alínea que remete para a espiritualidade. A espiritualidade, na Lei n.º 52/2012 de Bases dos Cuidados Paliativos é parte integrante deste Decreto-lei, abrangente de uma abordagem contextualizada nos cuidados paliativos, na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, integradora dos princípios essenciais defendidos por este cuidado particular (o respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas). Do mesmo modo, a Lei n.º 31/2018, introduz aos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, o apoio espiritual e o apoio religioso.

No âmbito da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses tem regulamentada a Deontologia Profissional, que o enfermeiro durante todo o ciclo vital, assume o dever de *"respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa"* (Decreto-Lei nº 111/2009, p.6548).

A importância atribuída à espiritualidade na saúde e especificamente em enfermagem é evidente nas publicações dos órgãos reguladores internacionais e nacionais, conforme se pode analisar:

- Codificação DSM-IV de espiritualidade em 1994. Como resultado, as agências de acreditação nacionais começaram a exigir no ensino superior público a inclusão curricular da espiritualidade de modo a reparar a relatada falta de capacitação dos profissionais para reconhecer e cuidar a dimensão espiritual dos clientes (Burkhardt & Hogan, 2008).

- Organização Mundial da Saúde, em 1998, de acordo com as disposições do Artigo 73º da Constituição reformulou a definição de saúde, acrescentando ao estado completo de bem-estar a dimensão espiritual.

- Conselho Internacional de Enfermeiros no código de ética (ICN, 2005, 2012) para enfermeiros refere que na prestação dos cuidados, o enfermeiro deve promover os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduo, família e comunidade.

- Código de conduta do Conselho Central de Enfermagem, Obstetrícia e Visitas à Saúde do Reino Unido (*United Kingdom Central Council*, 1992) e o Código de Enfermagem e Obstetrícia (*Nursing and Midwifery Council*, 2004, 2008), referem que enfermeiros e profissionais de saúde devem atender à dimensão espiritual do cuidado.

- O Manual de acreditação para os hospitais da *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, em 2008 faz referências específicas à religião / espiritualidade dos doentes.

- O Código Deontológico (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) no Artigo 103.º "Dos direitos à vida e à qualidade de vida", refere que o enfermeiro tem o dever b) de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (OE, 2015).

Em suma, diferentes associações profissionais de relevância na área da saúde, desenvolveram e apoiaram códigos éticos, onde se enfatiza a responsabilidade de atender à espiritualidade.

2.3 - OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO CUIDADO ESPIRITUAL

A atenção aos aspetos subjetivos e invisíveis, na essência daqueles que são os princípios do cuidado de enfermagem espiritual (Crowther & Hall, 2015), ainda se encontra além do expectável (Vlasblom et

al., 2015). A literatura científica relativa a esta temática tem salientado a ocorrência de uma variedade de fatores que, invariavelmente, interferem no processo de cuidar (Figura 1). A evidência científica tem denotado a frequência de aspetos isolados, mas igualmente conjugados, que concorrem como barreiras a uma atenção integrada e centrada na pessoa cuidada. Sabe-se, contudo, que outros fatores se constituem como facilitadores e que são um recurso inestimável para um cuidado verdadeiramente holístico, ao integrarem a dimensão espiritual no processo de cuidar. Recorre-se, assim, a uma figura ilustrativa exemplificadora das interações pessoa/enfermeiro/contexto de cuidado, onde emergem barreiras inibidoras e/ou facilitadoras que ecoam no cuidar/cuidado espiritual (Figura 1).

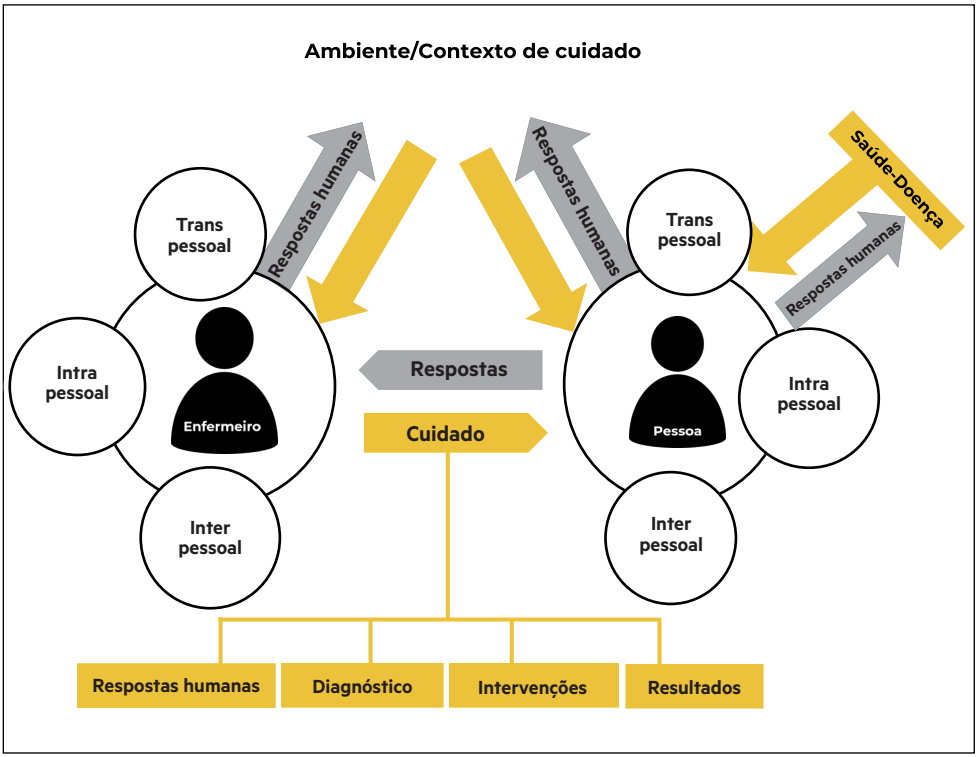


Figura 1 – Interações pessoa/enfermeiro/contexto de cuidado onde emergem barreiras facilitadoras e/ou inibidoras ao cuidado espiritual.

A Figura 1, teve como ponto de partida o modelo defendido por Ross (1994) que identifica obstáculos ao cuidado espiritual com base em aspetos particulares e específicos na pessoa, no enfermeiro e no

ambiente. Este modelo, publicado há mais de 20 anos, mantém-se compatível com os resultados da evidência científica que até hoje tem sido publicada. Contudo, e primeiramente, é imprescindível ressaltar a premissa de que todo o Ser Humano é determinado pelos meios, circunstâncias e eventos que experimenta e que, como tal, afeta e é afetado por diferentes aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que, por sua vez, interferem e condicionam a vivência de acontecimentos, nomeadamente, os de saúde-doença. Neste âmbito, entram em ação as três dimensões humanas intrínsecas a todas as pessoas que são: a dimensão intrapessoal, a dimensão interpessoal, e a dimensão transpessoal. Numa relação de retroação, estas dimensões são determinadas e determinam respostas humanas dos indivíduos perante fenómenos de doença, face ao contexto de cuidados, e perante o enfermeiro (pessoa no exercício da sua profissão). Cada uma dessas dimensões, anteriormente mencionadas, concorre com a doença para uma maior e/ou menor vulnerabilidade da pessoa e/ou predisposição da mesma para a espiritualidade e bem-estar espiritual.

Numa conjuntura que se prevê, a *priori*, pela pessoa, de abertura e aceitação do cuidado, neste caso espiritual, poderão emergir respostas humanas positivas ou negativas face a si, aos outros e além de si, e que alguns investigadores antecipam como sendo comprometedoras da relação diádica Enfermeiro-Pessoa (Ross, 1994).

De igual modo, o enfermeiro, cujas responsabilidades e competências preveem uma ação baseada num processo científico (processo de enfermagem), além de profissional é um Ser detentor de uma vertente humana e espiritual própria que determinam a sua postura perante os cuidados e a relação com o outro. Deste modo, não se estranham as conclusões aferidas por diversos estudiosos ao identificarem aspetos subjetivos e individuais, e por isso intrínsecos à própria pessoa e à pessoa do enfermeiro, como comprometedores do cuidado espiritual.

Igualmente aspetos extrínsecos, que vão além dessa relação diádica, e além do controlo individual, povoam o ambiente/contexto em que se inserem os intervenientes e que também influenciam a prestação do cuidado espiritual (McSherry & Ross, 2002). Assim, passam-se a explicitar alguns aspetos que emergem em cada um dos atores e cenário de cuidado, recorrendo a exemplos e evidência científica que os suportam.

Tome-se como exemplo um estudo conduzido, entre 2008--2009, numa amostra de 11 mães e quatro pais de crianças internadas em serviços de hematologia e oncologia de um hospital pediátri-

co no Irão e que visava a identificação pelos participantes de obstáculos à prestação de cuidados espirituais pelos profissionais de saúde (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018). Em contexto da doença crónica do filho, a expressão "fuga espiritual" (ligação reduzida ou quebra no relacionamento com Deus ou uma outra entidade superior) e o sentimento de desconexão religiosa, foi identificada como um fator que determinou o afastamento total ou parcial da prática religiosa pelos mesmos pais, em que o stress e estados emocionais negativos foram denunciados como potenciadores da descrença religiosa (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018). Contudo, sabe-se que a espiritualidade é um importante recurso e estratégia de *coping* perante eventos adversos como a doença e tem sido relacionado com estados de bem-estar espiritual e qualidade de vida (Al-Ghabeesh et al., 2018; Romeiro, Caldeira, Brady,& Hall, 2017b). Pelo exposto, e remetendo-nos ao estudo anterior, o afastamento e quebra da relação do indivíduo (neste contexto pai/mãe) com a sua própria dimensão religiosa, decorrente da doença de uma pessoa significativa (neste caso filho) ou de própria doença resulta na perda de um recurso importante ao BEE, e à recuperação do sentido e propósito de vida do indivíduo fundamental à adaptação à doença. Ainda, segundo Atashzadeh-Shoorideh e colaboradores (2018), neste percurso árido e adverso de adaptação a uma determinada condição de saúde, a escassez de recursos capazes de prover um apoio espiritual, quer por um representante religioso e/ou um membro da equipa de saúde, é um aspeto que é recorrentemente mencionado e que interfere negativamente na perceção dos utentes quanto à qualidade e integralidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Ademais e relembrando a complexidade de dimensões do Ser Humano, as tensões que emergem da vivência da doença, evocam não só uma resposta interna da pessoa, mas as relações com outras pessoas ao seu redor, como membros da família ou outras do seu círculo de relações mais ou menos próximo, onde não invariavelmente se levantam questões de relacionamento conjugal (Romeiro et al., 2017a). A necessidade de permanência de um dos cônjuges no hospital pela sua condição de saúde ou a de outros (uma criança ou outro membro da família ou pessoa significativa) e o consequente impacto financeiro na economia familiar pela abstenção laboral (Modanloo et al., 2015; Romeiro et al., 2017a) concorrem para uma perceção de falta de controlo, de sofrimento, da incapacidade daquele que é o exercício da sua função/responsabilidade primordial e primária de proteger o ente querido, e que é frustrado pela doença, acontecimentos e contexto de internamento.

Este acometimento da qualidade de vida familiar tem sido descrito por outros autores, e vai ao encontro do conceito de espiritualidade de Weathers e colaboradores (2016) que consideram que o relacionamento constitui um dos três atributos e pedra basilar à espiritualidade. Assim, quando ocorre uma contradição de papéis que obriga a uma alteração e redistribuição dos mesmos entre os membros da família, com consequente alteração da dinâmica familiar, pode haver compromisso da identidade, sentido e propósito da família e eventualmente a sua recetividade aos cuidados espirituais (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018, Saifan et al., 2014).

2.4 - PESSOA COM CONDIÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA

O aprofundamento que tem sido feito do conhecimento, que baseado em evidência, tem revelado, aspetos subjetivos inerentes à vivência de uma panóplia diversificada de doenças (terminais, infertilidade, doenças mentais), em cenários mesmo que distintos entre si, e envolvendo indivíduos em diferentes estádios do seu percurso de vida (desde o início até ao fim de vida) (Romeiro, et al., 2017a). Assim, eleva-se uma rede complexa de respostas humanas espirituais, a que se associam DE de natureza espiritual (Romeiro & Caldeira, 2018). A doença deve ser entendida como uma condição de saúde e não deve esgotar a identidade e dignidade da pessoa na sua completude. Os enfermeiros cuidam de pessoas numa situação de prevenção, tratamento ou restabelecimento dessa condição. A sua atenção é mais englobante do que apenas à condição de doença.

2.5 - ENFERMEIRO

Um estudo realizado em Boston (2008-2009) que teve como amostra 339 profissionais de saúde que cuidavam de doentes em situação de cuidados paliativos e em fim de vida fez salientar que apesar do interesse na prestação de cuidado espiritual (em 70% da amostra dos Enfermeiros), somente uma minoria (40%) o colocava em prática (Balboni et al., 2014). A ausência de competências para a abordagem espiritual, o desconforto pessoal em relação à religião/espiritualidade (Phelps et al., 2012; Ramondetta et al., 2013) foram aspetos salientados.

Como aspetos extrínsecos e restritivos do cuidar espiritual pelo enfermeiro, a literatura aponta a falta de privacidade ou de um local privado (Balboni et al., 2014); a falta de tempo (Phelps et al., 2012; Ramondetta et al., 2013); e a ausência de formação avançada (Balboni et al., 2014; Cone, & Giske, 2017;van de Geer et al., 2018). Os dois últimos foram considerados preditores de um cuidado espiritual menos frequen-

te (Balboni et al., 2014). Balboni e colaboradores (2014) detetaram na generalidade dos profissionais uma vontade e predisposição para a aquisição de competências na área da espiritualidade e, naqueles que apresentavam menor tendência ou propósito para essa área, foram detetados scores mais baixos em questões relacionadas com a própria espiritualidade (Balboni et al., 2014).

Assomam-se motivos apontados para justificar uma intervenção deficitária ou ausente do enfermeiro face ao bem-estar espiritual da outra pessoa (Bar-Sela et al. 2018; McSherry & Ross, 2002), como: o desconforto e embaraço do próprio enfermeiro em abordar as questões espirituais da pessoa; a dificuldade em reconhecer a dimensão espiritual como área de competência profissional (Balboni et al., 2014, Bar-Sela et al., 2018; Phelps et al., 2012); o receio de uma gestão desadequada do cuidado espiritual; as crenças e valores que poderiam não se coadunar ou chocar com as crenças e/ou valores espirituais da pessoa alvo dos cuidados; e a dificuldade em compreender o jargão associado à espiritualidade.

2.6 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O raciocínio clínico do enfermeiro cimenta-se num processo científico próprio que se organiza em diferentes fases. E inerente ao mesmo têm sido identificadas algumas lacunas que quebram a cadência da sua implementação e, consequentemente, o raciocínio e decisão clínica deste profissional no que diz respeito à dimensão espiritual do cuidado. Em 1994, Ross propunha um modelo conceptual para o cuidado espiritual estabelecendo um paralelismo com as fases do processo de enfermagem (Ross, 1994).

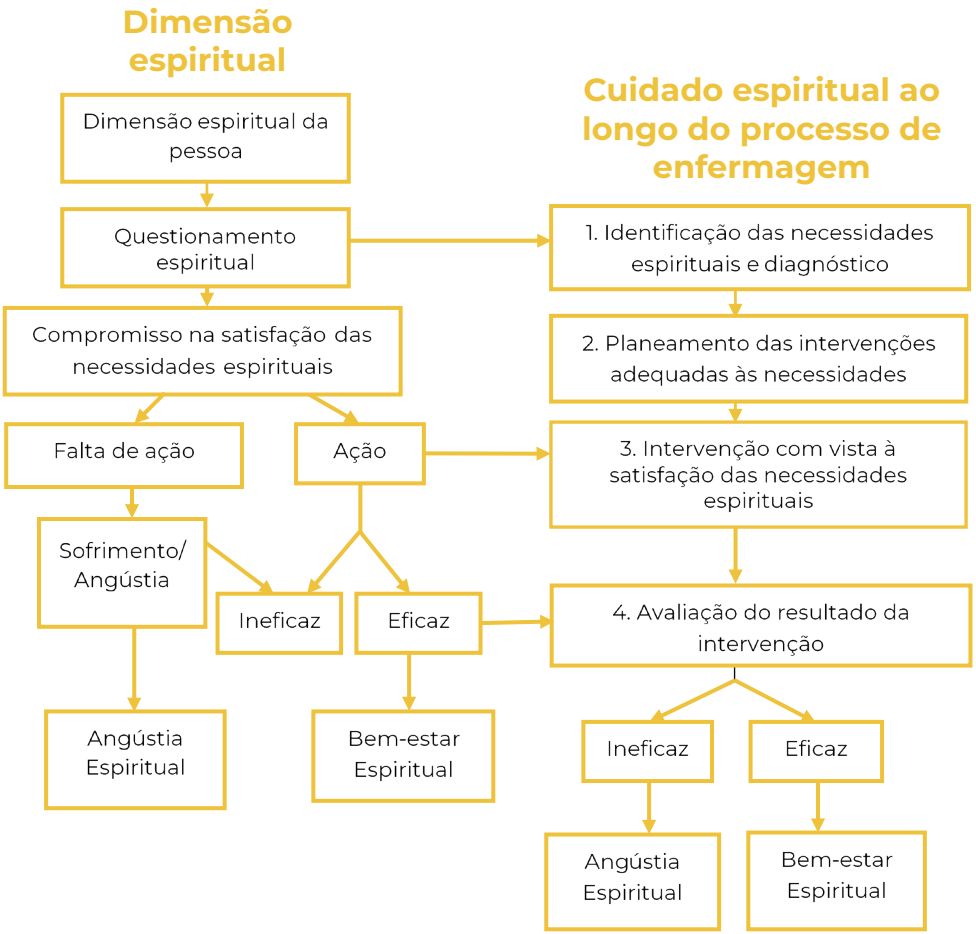


Figura 2 – Quadro conceptual do cuidado espiritual ao longo do processo de enfermagem. Adaptado de Ross (1994).

McSherry e Ross (2002), foram mais além e, apontam várias razões para lacunas naquela que é a etapa crucial e primária da avaliação das respostas humanas.

Motivos para uma avaliação das respostas humanas espirituais da pessoa

Outro aspeto que emerge no quotidiano dos enfermeiros é a necessidade imperiosa de justificar e coadunar a sua prática aos padrões de qualidade dos cuidados (OE, 2001) e, simultaneamente, providenciar o cumprimento de uma avaliação indispensável à satisfação dos padrões de qualidade institucionais. Fala-se neste âmbito, de uma necessidade imperiosa na condução de auditorias e inquéri-

tos de satisfação aos utentes dos serviço de saúde, colocando-se em questão se as auditorias ao cuidado espiritual serão possíveis e objetivamente realizadas ou desejáveis, tendo em conta a dificuldade em quantificar e/ou medir essa mesma dimensão (Daaleman, 2012; McSherry & Ross, 2002). A ausência de evidência científica, neste ponto que se aborda, é um outro aspeto que faz salientar a dificuldade em refletir sobre o mesmo assunto e propor medidas que poderiam prover os registos de enfermagem de uma maior acurácia no que concerne à identificação das respostas humanas espirituais da pessoa, assim como um registo preciso da intervenção do Enfermeiro na dimensão espiritual (Hawthorne, & Gordon, 2020); McSherry & Ross, 2002). Acrescente-se, ainda, que as auditorias realizadas devem ser cuidadosas quanto à qualidade da informação espiritual registada, não esquecendo que a existência ou não de um registo sobre a religião prosseguida pela pessoa não é informação suficiente, nem demonstrativa do julgamento do enfermeiro, seu julgamento/decisão e/ou intervenção (Kroning, & Yezzo, 2017; McSherry & Ross, 2002).

Avaliação única versus avaliação contínua

O momento em que ocorre a avaliação das necessidades espirituais da pessoa é apontado como um momento delicado (Puchalski, 2010, Timmins & Caldeira 2017a). Embora alguns defendam que o mesmo deve ser realizado no momento de admissão da pessoa aos Serviços de Saúde, outros afirmam que o nível de aprofundamento que esta dimensão exige não poderá ser limitada a uma simples afirmação da afiliação religiosa a constar no formulário da sua admissão hospitalar. Por outro lado, preconiza-se num cenário ideal, que o processo de enfermagem seja contínuo e alvo de constante adaptação à pessoa e suas circunstâncias. Contudo, a brevidade do contacto Enfermeiro-Pessoa, como no caso dos internamentos hospitalares de curta duração, não oferece tempo suficiente para um aprofundamento mais adequado e apropriado à dimensão espiritual da pessoa internada. A estes assomam-se aspetos extrínsecos relacionados com a rotatividade e deficiente fixação de profissionais, no contexto dos Serviços de Saúde, comprometedores de uma relação (Enfermeiro-Pessoa) verdadeiramente cimentada e de confiança que só é possível quando continuada no tempo (McSherry & Ross, 2002; Timmins & Caldeira 2017a).

Entrevista ou observação

A forma como é reunida a informação necessária à identificação das necessidades espirituais, levanta algumas questões. A entrevista e a observação são meios privilegiados pelos enfermeiros na obtenção

de dados e informação que lhes permita orientar a sua intervenção, no entanto, nem uma nem outra estão isentas de vieses. E se a primeira, sendo uma abordagem mais direta poderá, pelas suas características, ocasionar na pessoa a sensação de intrusão na sua vida espiritual, pode ser igualmente inapropriada quer por: ausência de momento oportuno à entrevista; pela falta de abertura e disponibilidade da pessoa entrevistada (por falta de tempo e/ou compreensão); e pela condição de saúde-doença da pessoa (como na doença aguda ou condição em que há risco de vida) onde a prioridade deve ser dirigida para aspetos mais tecnicistas e biológicos em detrimento dos espirituais.

Por seu lado, a observação requer um planeamento prévio muitas vezes inexistente quer pela falta de recursos humanos ou escassez de atenção do enfermeiro a esta dimensão. Para a observação seria necessário um planeamento prévio que permitisse determinar: quem observa, que sinais observa, como esses sinais serão interpretados e de que forma serão documentados (Caldeira & Timmins, 2017; Lutz, Rowniak, & Sandhu, 2018;. McSherry & Ross, 2002).

Instrumentos baseados em indicadores

A identificação das respostas humanas espiritais é condutora do DE. Apesar do reconhecimento da dimensão espiritual, taxonomias desenvolvidas no que concerne à fase diagnóstica ainda revelam algumas lacunas de desenvolvimento (Miguel et al., 2019; Romeiro et al., 2020). Além da escassez de diagnósticos relacionados com respostas humanas de natureza espiritual (Miguel et al., 2018) a sua validação dos existentes é parca, como é exemplo o diagnóstico de angústia espiritual da NANDA-I validado apenas num estudo na população portuguesa (Caldeira, 2012).

Este baixo nível de evidência pode constituir um obstáculo a uma prática efetiva do cuidado de enfermagem espiritual, uma vez que a falta de evidência científica e consequente validação diagnóstica, não oferece uma base suficientemente válida e acurada, com características definidoras, fatores relacionados capazes de refletir o julgamento crítico e decisão do enfermeiro em diferentes cenários de atuação e ao longo das diferentes fases do ciclo vital da pessoa (Herdman et al., 2021; Miguel et al., 2019; Timmins & Caldeira, 2017b).

Um outro aspeto de relevo na seleção de um DE espiritual é a forma como o mesmo é identificado. Tal como referido anteriormente, os mesmos incluem características definidoras e através da observação das mesmas e/ou sua quantificação é possível a confirmação de um diagnóstico. A dificuldade em observar uma característica defini-

dora de natureza subjetiva (como o questionamento do sentido e/ou propósito de vida, característica definidora do DE "Angústia Espiritual (00066)" da NANDA-I, Inc.) constitui uma dificuldade acrescida, só podendo ser validada pela própria pessoa que a perceciona. Cumulativamente, a escassez de estudos de validação dos diagnósticos espirituais é limitativa do desenvolvimento e construção de instrumentos que sejam baseados em características definidoras dirigidas às especificidades das pessoas que experimentam condições de saúde-doença diferentes. Não obstante, ao longo dos anos têm sido desenvolvidos instrumentos dirigidos à avaliação da espiritualidade, traduzidos e adaptados para diferentes culturas e validados para a população portuguesa, como é o caso do SWBQ (Spiritual well.being questionnaire) (Romeiro et al., 2018. Mas apesar de estas ferramentas tocarem somente a superfície de algo tão profundo e complexo como é a espiritualidade de um Ser Humano, a sua implementação permite auxiliar na identificação das respostas humanas espirituais pelo enfermeiro. Assim, é imprescindível a sua tradução, adaptação e validação cultural em diferentes contextos e amostras populacionais portuguesas, sob risco de se cair na generalização e inadequação das intervenções de enfermagem, sem atenção à particularidade da pessoa, da sua condição e das suas circunstâncias (McSherry & Ross, 2002; Miguel et al., 2019; Romeiro et al., 2020).

Contudo, continuam a ser desafiantes para a avaliação das respostas humanas espirituais as seguintes situações: a perceção divergente das necessidades espirituais do enfermeiro e da pessoa com a condição de saúde-doença; a subjetividade das respostas espirituais (tome-se como exemplo a dor que poderá ser uma dor espiritual, física e/ou psicossocial); a perda da individualidade e emergência de mecanismos e métodos rígidos e sistematizados, implementados de forma rígida e semelhante a todas as pessoas sem a devida adaptação aos cenários e circunstâncias, e a todos os atores intervenientes (McSherry & Ross, 2002).

Aspetos práticos na avaliação das respostas humanas espirituais

Na alínea b) do 103º artigo (Direitos à vida e à qualidade de vida) do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) determina-se que o Enfermeiro deva *"Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa"* (OE, 2015, p.83) em qualquer momento do ciclo vital. E além de surgir de um modo prescritivo no que concerne ao respeito pelos direitos dos outros e pelo dever profissional, parece existir a responsabilidade do enfermeiro quanto ao cumprimento de intervenção espiritual . E, apesar de se consti-

tuir parte integrante do regulamento do exercício profissional, seria recomendável que fosse a prática da intervenção espiritual a promotora e ocasionadora do desenho legislativo e não o inverso, permitindo a integração de aspetos provenientes da prática e da melhor evidência clínica produzida (McSherry & Ross, 2002).

Quem avalia

Estudos anteriores sugerem que o acesso à dimensão espiritual é da competência única e exclusiva de elementos e/ou representantes da religião que a pessoa professa (Fitch & Bartlett, 2019). No entanto, esta perspetiva é desafiada por outros estudiosos da temática, que têm fincado a importância de todos os membros da equipa de saúde, sem exceção, serem detentores de alguma competência nesta área de intervenção e participarem neste processo (Puchalski et al., 2009, van de Geer et al., 2018). Atualmente, equipa de saúde ainda apresenta a lacuna da não inclusão de representantes religiosos, no entanto, estes aportam efeitos positivos na avaliação das necessidades espirituais da pessoa alvo dos cuidados (Bay, Beckman, Trippi, Gunderman, &Terry, 2008, Kirchoff et al., 2021).

Considerações éticas

A abordagem desta vertente pessoal e intimista levanta alguns pressupostos que devem ser considerados pelo Enfermeiro (McSherry & Ross, 2002):

1. Não se deve presumir que todas as pessoas tenham necessidades espirituais insatisfeitas e/ou que requeiram a sua satisfação frequente e constante ao longo do tempo;

2. A necessidade da pessoa no âmbito espiritual está dependente e é determinada pela perceção que tem sobre a "espiritualidade";

3. Nem todas as pessoas necessitam de uma intervenção espiritual pelos profissionais de saúde. As pessoas podem ser resilientes ou optarem pela ajuda dos amigos e familiares na sua demanda espiritual, sem necessidade de intervenção do enfermeiro;

4. É fundamental que o enfermeiro saiba identificar o momento adequado e apropriado à intervenção espiritual e saiba distinguir entre diferentes necessidades espirituais. Este juízo crítico não é fácil de dominar;

5. É presumido que o Enfermeiro seja um profissional com competências e conhecimentos necessários para saber identificar as necessidades espirituais, contudo a maioria revela estranheza, embaraço e/ou relutância na abordagem da espiritualidade. É necessário um investi-

mento na criação e desenvolvimento das bases teórico-práticas, na formação deste profissional, por forma a que seja sistemática a implementação do cuidado espiritual na prática clínica (Wu et al., 2016);

6. O enfermeiro incorre indubitavelmente no dever de confidencialidade. Cabe neste ponto um juízo crítico do enfermeiro sobre a exequibilidade sobre o benefício/malefício da partilha de informação (sobre aspetos da espiritualidade da pessoa) com outros profissionais ou em outros contextos que não os da prática direta de cuidados. A forma como a mesma informação é guardada, documentada ou a que nível pode ser partilha deve ser gerida com prudência e imbuído de um juízo eticamente responsável;

7. Levanta-se ainda a questão: O que fazer se a pessoa na sua circunstância tem alta hospitalar e as suas necessidades espirituais não tiverem tido tempo para ser concretizadas?

8. Dificuldade na separação das necessidades espirituais das psicossociais. Estudos salientam que aspetos de carácter económico e relacional (por exemplo, relação com o cônjuge) influenciam as respostas espirituais da pessoa e fazem elevar o questionamento existencial (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018; Romeiro & Caldeira, 2018). Estes aspetos interligam-se tornando árdua a separação e intervenção exclusivamente direcionada à espiritualidade.

2.7 - RELAÇÃO DIÁDICA ENFERMEIRO-PESSOA

A ocorrência de obstáculos intrínsecos aos intervenientes é comprometedora da relação terapêutica e do cuidado espiritual. A forma como ambos os atores (Pessoa e Enfermeiro) entendem e compreendem o conceito de espiritualidade, ou cuidado espiritual é um aspeto que McSherry (2002) aborda na sua reflexão sobre os dilemas que emergem na fase inicial, do processo de enfermagem. Assim, a dificuldade em identificar e reconhecer expressões linguísticas, os diferentes contextos culturais dos doentes e as formas de manifestação espiritual da pessoa de quem cuida determina a dificuldade em diagnosticar do Enfermeiro (Fang, Sixsmith, Sinclair, & Horst, 2016; Timmins, & Caldeira, 2017b). Esta situação irá condicionar, inevitavelmente, e condenar a intervenção e a obtenção de resultados adequados e ajustados a essa pessoa naquele que se prevê ser um percurso promotor do bem-estar espiritual e melhoria da qualidade espiritual da última. Igualmente a compreensão que a pessoa doente tem da espiritualidade e o seu entendimento quanto àquela que é a essência do cuidado espiritual,

determinará a aceitação ou não de uma aproximação espiritual pelo enfermeiro e sua intervenção (McSherry & Ross, 2002). Assim, a falta de conhecimento que marca a espiritualidade é invariavelmente condicionadora de uma prática que embora detendo todo o potencial para uma prática espiritual fica aquém do expectável por motivos inerentes a ambos os atores Enfermeiro-Pessoa. Na Tabela 3, são explanados os obstáculos intrínsecos (do enfermeiro e/ou da pessoa com condição de saúde) comprometedores da relação terapêutica e do cuidado espiritual.

Fatores inibidores	Fatores facilitadores do cuidado espiritual
Crenças e valores prévios: • Preconceitos relativos a práticas religiosas e/ou outras crenças); • Situações de cuidado que chocam com as crenças e valores do enfermeiro (por exemplo, a interrupção voluntária da gravidez e a crença na preservação da vida);	Formação específica na área da espiritualidade e ética na conduta espiritual; Favorecer a prática religiosa pela pessoa, adequada ao contexto, e condição de saúde-doença da mesma; Formação específica na área da espiritualidade e desenvolvimento de conhecimentos no que concerne a diferentes religiões e/ou outro tipo de crenças e práticas frequentes na população portuguesa;
Dificuldade em comunicar com o outro: • Competência em comunicar e perceber o outro (linguagem verbal e não verbal) pouco desenvolvido pelo Enfermeiro; • Incapacidade em comunicar devido a condicionantes impostas pela doença (no caso da perda dos sentidos, como por exemplo afasia, surdez ou cegueira) dificultando o reconhecimento das respostas humanas pelo Enfermeiro;	Emprego de técnicas que facilitem a comunicação e expressão das necessidades pela pessoa (escrita em quadros, cartões de imagens, entre outros); O emprego de escalas (visuais analógicas) e instrumentos de resposta (tipo Likert) de autopreenchimento que permitam uma objetivação da medida de espiritualidade (por uma avaliação em graus de concordância ou discordância), oferecendo uma avaliação mais precisa pela própria pessoa e isenta da subjetividade do investigador/enfermeiro;

Intervenções de enfermagem	
• Perceções cognitivas díspares entre os intervenientes, no caso de a pessoa de quem o enfermeiro cuida ser: uma criança; uma pessoa cuja deficiência, de que é portadora, não permite a compreensão de conceitos abstratos; e/ou com patologia do foro neurológico (por exemplo, demência);	Recurso a um intérprete para traduzir as necessidades da pessoa (por exemplo, intérprete de linguagem gestual); Mobilização de outros recursos quer na comunicação quer como adjuvantes à prática religiosa pela pessoa (nomeadamente do meio relacional da pessoa, como familiares e/ou outras pessoas significantes); Empoderar e capacitar familiares e/ou outras pessoas significantes para a satisfação espiritual da pessoa; Estar com a pessoa: cuidar, apoiar, ouvir, demonstrar respeito e empatia; Formação específica na área da comunicação; Inclusão ativa de representantes religiosos na equipa de saúde;
Desconhecimento sobre espiritualidade: • Enfermeiro e/ou a pessoa não reconhece(m) o conceito de espiritualidade; • A pessoa não reconhece as suas próprias necessidades espirituais;	Competência do enfermeiro na prestação de cuidados espirituais; Formação específica na área da espiritualidade e desenvolvimento de competências interpessoais para o cuidado espiritual (promotora da familiaridade e adequação da linguagem e reconhecimento de conceitos como: espiritualidade; angústia espiritual; sofrimento; bem-estar espiritual; esperança, entre outros); Realização e promoção de estudos científicos em contexto nacional, no sentido de uma prática solidamente baseada na evidência (estudos de validação de diagnósticos de enfermagem de natureza espiritual; estudos na área da espiritualidade em diferentes contextos e amostras populacionais distintas);

Intervenções de enfermagem	
Área de atuação sensível: • Implica que o enfermeiro se exponha à espiritualidade do outro e com isto à sua própria espiritualidade; • As crenças e valores do enfermeiro podem chocar com as crenças e valores da pessoa e vice-versa; • A vulnerabilidade da pessoa poderá despertar a perceção de ser vulnerável no Enfermeiro (face a eventos extremos de vida e/ou de morte); • A espiritualidade da pessoa poderá ter um carácter sensível, muito íntimo e pessoal para a própria, por vezes acentuado pela condição de saúde-doença que experimenta. Por outro lado, a pessoa poderá não saber lidar com a vertente espiritual e transcendente evocada pela doença, ou com necessidades espirituais nunca antes experimentadas;	Formação específica na área da espiritualidade, comunicação e desenvolvimento de competências interpessoais para lidar com situações de vulnerabilidade do outro; Autoconhecimento (introspeção, reconhecimento das suas próprias limitações e/ou valores e crenças espirituais); Autorreflexão e autocrítica (sobre a própria prática em contexto de cuidados com vista à melhoria da qualidade da intervenção espiritual em situações futuras);
Emoções dos intervenientes: • Frustração pela dificuldade de comunicação entre os intervenientes; • Insegurança e perceção de se ser vulnerável; • Medo por renitência na abordagem e eventuais danos que possam daí advir involuntariamente à pessoa.	Estar com a pessoa: cuidar, apoiar, ouvir, demonstrar respeito e empatia; Formação específica na área da espiritualidade e comunicação; Autoconhecimento (introspeção, reconhecimento das suas próprias limitações e/ou valores e crenças espirituais); Autorreflexão e autocrítica (sobre a própria prática em contexto de cuidados com vista à melhoria da qualidade da intervenção espiritual em situações futuras).

Tabela 3 - Fatores inibidores e facilitadores da relação terapêutica e do cuidado espiritual.

2.8 - AMBIENTE/ CONTEXTO DE CUIDADO

Fatores externos à díade Enfermeiro-Pessoa poderão emergir e prevalecer em determinadas situações e limitar a relação de cuidado e cuidado espiritual. Destacam-se limitações ambientais, como: a ausência de um local próprio e/ou um ambiente tranquilo e favorecedor da abordagem espiritual; a escassez de recursos humanos necessários ao suprimento em tempo útil de todas as necessidades da pessoa assistida; a escassez de tempo para o fazer; a curta permanência da pessoa em contexto hospitalar (ou em outro Serviço de Saúde); e a elevada carga de trabalho e cansaço dos Enfermeiros (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018; Phelps et al., 2012; Ramondetta et al., 2013; Rushton, 2014).

Outro obstáculo frequentemente mencionado na literatura relaciona-se com a prática religiosa que poderá ser facilitada pela: presença de outro profissional que não o enfermeiro capaz de facilitar a prática religiosa da pessoa; presença mais constante e assídua de um consultor religioso, na Instituição, capaz de satisfazer as necessidades espirituais das pessoas internadas (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018).

Por tudo o que foi explanado, a contratação e fixação dos profissionais (neste caso enfermeiros), no contexto de trabalho e prática clínica, é facilitadora da continuidade que se exige ao processo de avaliação das necessidades espirituais da pessoa tal como sugerido por Kroning e Yezzo (2017). A existência de um espaço previamente definido, nos serviços de internamento, além de uma capela em meio hospitalar, ofereceria oportunidade à prática religiosa, em pessoas com dificuldade em se deslocar à capela (quer pela sua condição de saúde quer por limitações da mobilidade), e possibilitaria uma abordagem espiritual que priva pela privacidade e respeito do espírito da pessoa. Consultar Tabela 4.

Fatores inibidores	Fatores facilitadores de um ambiente/ contexto de cuidado espiritual
Ausência de um ambiente tranquilo e favorecedor da abordagem espiritual e/ou prática religiosa;	Favorecer a prática religiosa em espaço devidamente identificado para o efeito, onde a pessoa possa expressar esta sua dimensão de Ser e praticar a sua religião de forma privada;

Fatores inibidores	Fatores facilitadores de um ambiente/ contexto de cuidado espiritual
	Formação específica do enfermeiro na área da espiritualidade e desenvolvimento de conhecimentos no que concerne a diferentes religiões e/ou outro tipo de crenças e práticas frequentes na população portuguesa;
A escassez de recursos humanos capazes de suprir em tempo útil todas as necessidades da pessoa assistida;	Contratação e fixação dos profissionais (neste caso enfermeiros), no contexto de trabalho e prática clínica;
A escassez de recursos humanos capazes de suprir em tempo útil todas as necessidades da pessoa assistida; A escassez de tempo dos enfermeiros para assegurar a satisfação das necessidades espirituais da pessoa; e a curta permanência da pessoa no serviço de saúde;	Formação específica do Enfermeiro na área da espiritualidade e desenvolvimento de competências interpessoais para o cuidado espiritual (promotora da familiaridade e rápida e acurada identificação das necessidades espirituais do outro).

Tabela 4 - Fatores facilitadores e inibidores de um ambiente/contexto de cuidado espiritual.

2.9 - O DESENVOLVIMENTO DO *SELF* DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DO CUIDADO ESPIRITUAL

Investigadores na área da espiritualidade têm descoberto, que uma das barreiras cruciais à implementação do cuidado espiritual se localiza no próprio Enfermeiro e na sua forma de perspetivar a dimensão espiritual. Por outras palavras, a ausência de um cuidado espiritual tem sido associada ao facto de o próprio enfermeiro não se considerar uma pessoa espiritual (Bar-Sela et al., 2019). E se uma formação profissional inicial ou avançada deste profissional para a espiritualidade poderá despoletar sentidos e sensibilidade do mesmo para com o Outro de quem cuida, é necessário um trabalho longo e individual para que o enfermeiro atinja um nível desejado e desejável de compromisso consigo e saiba desenvolver a reflexão sobre si próprio por forma a poder ajudar,

estar e apoiar de forma verdadeiramente holística o Outro no decorrer da sua prática (Minton et al., 2018).

Inerente ao seu dia-a-dia, há um contacto constante com a vulnerabilidade da pessoa e/ou família, mais acentuada em situações de cuidados paliativos, cuidados intensivos, doenças agudas e/ou crónicas onde o risco iminente de vida, em particular em certas faixas etárias ou estádios do ciclo de vida, fazem exacerbar o questionamento do sentido e propósito de vida pelo próprio Enfermeiro. O confronto direto com a Vida-Morte, fazem afirmar o propósito da escolha de se ser Enfermeiro perante a capacidade e competências que habilmente se mobilizaram e fizeram usar para recuperar o funcionamento fisiológico de uma pessoa em risco de vida. Contudo, uma vulnerabilidade e questionamento da justiça Superior (Deus, Cosmo, Sorte, Natureza ou uma outra entidade ou divindade) pode emergir perante situações que frustram o ciclo natural de vida (em se nascer, crescer, envelhecer e morrer). A convivência com situações de doença ou fim de vida, que são espiritualmente complexas fazem apelar para um desenvolvimento interno e para uma capacidade para perceber, lidar e se relacionar com a própria espiritualidade, na sua forma religiosa ou não (Martins & Caldeira, 2018).

Para se saber-ser, saber-estar e saber-fazer são necessárias não só competências práticas, mas, essencialmente, competências pessoais, por forma a que a relação enfermeiro-pessoa, resulte numa verdadeira ligação empática, de compaixão, de partilha, de apoio no sofrimento, de ajuda, de escuta, promotora de fé e de esperança no outro. Não raras vezes, são mencionadas estas necessidades espirituais pelas pessoas e/ou familiares que face à doença apelam a um cuidado mais espiritual do enfermeiro (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018).

E uma vez que o bem-estar espiritual do próprio profissional é não só afetado pelos outros e pelo ambiente/contexto, como também afeta a forma como se relaciona com os outros, consigo e com o transcendente, emerge a urgência de que o mesmo seja capaz de desenvolver o próprio self necessário ao cuidado espiritual. É assim, fundamental que percorra um caminho interno, único e próprio, para si e consigo, e refletir de si e para si a unicidade de quem é, da sua essência e do seu Ser (Minton et al., 2018). E se a estratégia de escrever numa folha de papel “o que lhe vai na alma”, lhe parecer óbvia, e útil para reconhecer as suas próprias questões, respostas e necessidades espirituais, outras são também sugeridas, na Tabela 5, como alternativas à promoção do bem-estar espiritual do Enfermeiro.

Estratégias promotoras do desenvolvimento do *self* do Enfermeiro
• Prática de desporto e/ou outras atividades físicas; • Prática de atividades lúdicas (exemplo: cinema, teatro); • Relaxamento; • Meditação; • Massagem; • Escrita; • Pintura; • Contactar com a natureza • Música (tocar ou ouvir música); • Ler um livro; • Conviver com os amigos e/ou outras pessoas significativas; • Estar com a família; • Integrar grupos sociais com interesses particulares e/ou atividades em comum; • Prática religiosa (exemplo: ir à igreja, rezar, falar com o representante da religião que professa); • Partilhar experiências com outro profissional/equipa de saúde.

Tabela 5 - Estratégias promotoras do desenvolvimento do *self* do enfermeiro.

3 - PRINCÍPIOS DA BOA PRÁTICA

3.1 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DO CUIDADO ESPIRITUAL (RECURSOS; INSTRUMENTOS)

Recursos

Os recursos que estão disponíveis segundo a CIPE, estão expressos de forma detalhada na Tabela 6.

Intervenções de enfermagem				
Aromaterapia	10002515	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Biblioterapia	10003240	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Relaxamento muscular progressivo	10040540	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia de Relaxamento
Terapia de grupo	10008559	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia de relaxamento	10039297	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia familiar	10007667	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia pela arte	10002618	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia pela atividade	10000412	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia pela diversão	10026637	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia pela massagem	10041766	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia pela reminiscência	10016759	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Terapia tradicional	10019998	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia: prática de cuidados de saúde de raízes culturais, baseada na tradição, religião, ancestral e/ou direção espiritual; diversas crenças sobre as causas de doença; utilizando vários métodos de avaliação e tratamento indígenas, com abordagem natural, espiritual, psíquica ou metafísica, podendo ser de natureza curativa, preventiva, de proteção ou de reabilitação.
Técnica de imaginação guiada	10008571	Recursos	*ICNP Primitive*	Técnica
Técnica de relaxamento	10016700	Recursos	*ICNP Primitive*	Técnica

Tabela 6 - Recursos para a intervenção espiritual em enfermagem segundo CIPE.

Instrumentos

Na avaliação de âmbito espiritual é salientada a existência de instrumentos e/ou escalas disponíveis, culturalmente validadas e adaptadas para a população portuguesa, demonstradas na Tabela 7.

Instrumentos	Conceito que avalia	Características
Escala de Avaliação Espiritual (Rego, 2007)	Bem-estar espiritual	Escala *Likert* 21 itens Domínios: Fé Pessoal, Prática Religiosa e Paz Espiritual *Alfa de Cronbach* =0,75-0.95 Contextos clínico: Oncologia
Escala Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)	Espiritualidade	Escala *Likert* 5 itens Domínios: Crenças e Esperança / Otimismo *Alfa de Cronbach* =0,74 Contexto clínico: Oncologia
DUREL: Índice de Religiosidade da Universidade Duke (Martins Caldeira, Domingues, Vieira, & Koenig, 2021)	Envolvimento religioso	Escala *Likert* 5 itens Unidimensional *Alfa de Cronbach* =0,89 Contexto clínico: Oncologia
Escala da Angústia Espiritual (Martins Caldeira, Domingues, Vieira, & Ku, 2019)	Angústia espiritual	Escala *Likert* 30 itens 4 Domínios: relação com o próprio, relação com os outros, relação com Deus e encarar a morte. *Alfa de Cronbach* = 0,91 Contexto clínico: Oncologia
Escala da Crença para Ação (Martins Caldeira, Domingues, Vieira, & Koenig, 2020)	Envolvimento religioso	Escala *Likert* 9 itens Bidimensional *Alfa de Cronbach* =0,86 Contexto clínico: Oncologia
Escala de Inteligência Espiritual Integrada (EIEI) (Jorge, Esgalhado, & Pereira, 2016)	Inteligência Espiritual	Escala de *Likert* 83 itens Domínios: coping religioso e espiritual, consciência, graça, significado e missão *Alfa de Cronbach* = 0,92 Contexto clínico: Educação

Instrumentos	Conceito que avalia	Características
Escala Multidimensional da Religiosidade/ Espiritualidade (BMMRS) (Silva, 2012)	Religiosidade /Espiritualidade	Escala de *Likert* 30 itens Domínios: experiências espirituais, coping religioso e espiritual positivo, suporte religioso benéfico e intensidade religiosa e espiritual Alfa de *Cronbach* = 0,86 Contexto clínico: Geriatria
***Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* FACIT-SP** (Pereira & Santos, 2011)	Bem-estar espiritual	Escala *Likert* 12 itens Domínios: Sentido / Paz e Fé Alfa de *Cronbach* =0,92 Contexto clínico: Oncologia
***Herth Hope Index* (HHI-PT)** (Viana, Querido, Dixe, & Barbosa, 2010)	Esperança	Escala *Likert* 9 itens Unidimensional Alfa de *Cronbach* =0,87 Contexto clínico: Cuidados Paliativos
Nurse Spiritual Care Therapeutic Scale (Santos, Capela, Domingues, Martins, & Caldeira, 2020)	Cuidado espiritual	Escala de *Likert* 17 itens 4 Domínios Alfa de *Cronbach* = 0,88 Contexto clínico: Cuidados de Saúde Primários/Cuidados paliativos
Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ-PT) (Gouveia, Marques, & Pais-Ribeiro, 2009)	Bem-Estar Espiritual	Escala *Likert* 20 itens Domínios: pessoal, comunitário, ambiental e transcendental Alfa de *Cronbach* =0,88 Contexto clínico.
Spiritual Comfort Questionnaire (Pinto, Caldeira, Martins, & Kolcaba, 2016)	Conforto espiritual	Escala *Likert* 20 itens Domínios: psicológico, sociais e espirituais do conforto Alfa de *Cronbach* =0,84 Contexto clínico: Cuidados Paliativos
Spiritual Coping Questionnaire (Correia & Gouveia, 2017)	*Coping espiritual*	Escala *Likert* 32 itens 2 Domínios Alfa de *Cronbach* =0,73-0,96 Contexto clínico: Saúde mental

Instrumentos	Conceito que avalia	Características
***Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (Martins, Pinto, Caldeira, & Pimentel 2015)**	Cuidado espiritual	Escala *Likert* 17 itens 5 Domínios *Alfa de Cronbach* =0,76 Contexto clínico: Cuidados paliativos
***World Health Organization Quality of Life- Spirituality, religiosity and personal beliefs* (WHOQOL – SRPB) (Meneses, Miyasaki, & Pais-Ribeiro, 2011)**	Relação entre espiritualidade, religião, crenças pessoais e qualidade de vida	Escala *Likert* 32 itens 8 sub-escalas *Alfa de Cronbach* =0,76-0,97 Contexto clínico: Doença crónica

Tabela 7 - Instrumentos validados em português europeu no âmbito da espiritualidade.

3.2 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE)

Largamente divulgados, orientadores da prática, e nacionalmente aceites e utilizados, são os diagnósticos de enfermagem que assumindo uma nomenclatura taxonómica CIPE, (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), oferecem um ponto de partida essencial por meio das respostas humanas espirituais identificadas no doente. Na Tabela 8, podem ser consultados todos os diagnósticos no âmbito da espiritualidade segundo a CIPE.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Angústia	10006118	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e a aflição.
Angústia espiritual	10001652	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Angústia espiritual

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Angústia espiritual	10018583	Foco	*ICNP Primitive*	Angústia: rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade.
Angústia espiritual diminuída	10027149	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Angústia espiritual
Angústia moral	10025018	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Angústia moral
Angústia moral	10025542	Foco	*ICNP Primitive*	Conflito de decisões
Ansiedade face à morte	10041001	Foco	*ICNP Primitive*	Ansiedade
Ansiedade face à morte	10041017	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Ansiedade face à morte
Apoio da família	10023680	Foco	*ICNP Primitive*	Fenómeno
Apoio da família positivo	10045702	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Apoio da família
Apoio espiritual	10027033	Foco	*ICNP Primitive*	Fenómeno

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Apoio social	10018434	Foco	*ICNP Primitive*	Apoiar
Apoio social	10024074	Foco	*ICNP Primitive*	Fenómeno
Apoio social efetivo	10045794	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Apoio social
Atitude da família	10023646	Foco	*ICNP Primitive*	Atitude
Atitude da família dificultadora	10022456	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Atitude da família
Autoconhecimento	10017642	Foco	*ICNP Primitive*	Consciencialização: perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação.
Autoconhecimento	10029446	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoconhecimento
Autoconhecimento dos sintomas facilitadora	10029467	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoconhecimento
Autoconsciência	10017688	Foco	*ICNP Primitive*	Crença comprometida: opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras; com fronteiras pessoais; ser um indivíduo com experiências; desejos e atos.
Autocontrolo	10017690	Foco	*ICNP Primitive*	Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Autocontrolo melhorado	10035576	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Baixo autocontrolo
Autoestima	10017724	Foco	*ICNP Primitive*	Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva.
Autoestima positiva	10025751	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoestima
Autoimagem	10017776	Foco	*ICNP Primitive*	Crença: conceito ou imagem mental de si próprio.
Autoimagem negativa	10022724	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoimagem negativa
Autoimagem negativa	10023963	Foco	*ICNP Primitive*	Autoimagem
Autoestima positiva	10014925	Foco	*ICNP Primitive*	Autoimagem
Autoestima positiva	10027108	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoimagem positiva
Baixa autoestima	10011472	Foco	*ICNP Primitive*	Autoestima
Baixa autoestima	10029507	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Baixa autoestima
Baixa autoestima crónica	10000533	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Baixa autoestima crónica

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Baixa autoestima crónica	10004400	Foco	*ICNP Primitive*	Baixa autoestima
Baixa autoestima situacional	10000844	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Baixa autoestima
Baixo autocontrolo	10027469	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autocontrolo
Biblioterapia	10003240	Recursos	*ICNP Primitive*	Terapia
Campo energético	10006913	Foco	*ICNP Primitive*	Entidade: fluxo energético ou padrão energético em redor do ser humano.
Campo energético interrompido	10001149	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Campo energético
Capacidade para ajustar-se	10000047	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade
Capacidade para comunicar necessidades	10038183	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade para comunicar
Capacidade para comunicar sentimentos	10026587	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade para comunicar
Capacidade para comunicar sobre dor	10050494	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade para comunicar
Capacidade para sentir	10021800	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade para comunicar
Capacidade para socializar	10000227	Foco	*ICNP Primitive*	Capacidade
Capaz de comunicar sobre dor	10050500	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Capaz de comunicar sobre dor
Capaz de desempenhar atividades de lazer	10040367	Diagnósticos / Resultados	*ICNP Primitive*	Status
Capaz de socializar-se	10028282	Diagnósticos / Resultados	*ICNP Primitive*	Capacidade para socializar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Chorar	10005415	Foco	*ICNP Primitive*	Comunicação: ações voluntárias ou involuntárias, de lágrimas a soluços, em resposta à dor, ao medo ou ao luto.
Coesão social	10018362	Foco	*ICNP Primitive*	Processo social: processo ou ato de manter-se unidos.
Comportamento espiritual	10018565	Foco	*ICNP Primitive*	Comportamento
Comunicação da família efetiva	10036050	Foco	*ICNP Primitive*	Comunicação efetiva
Comunicação efetiva	10014828	Foco	*ICNP Primitive*	Comunicação
Comunicação familiar comprometida	10012702	Foco	*ICNP Primitive*	Comunicação comprometida
Conferência familiar	10040978	Tempo	*ICNP Primitive*	Conferência
Confortável	10025330	Foco	*ICNP Primitive*	Conforto
Confortável	10025574	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Confortável
Conforto	10004655	Foco	*ICNP Primitive*	Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.
Conhecimento sobre gestão da dor	10033750	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Conhecimento sobre gestão da dor
Conhecimento sobre gestão da dor	10034259	Foco	*ICNP Primitive*	Conhecimento
Conhecimento sobre terapia tradicional	10039127	Foco	*ICNP Primitive*	Conhecimento
Conhecimento sobre terapia tradicional	10040000	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Conhecimento sobre terapia tradicional

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Conservação de energia	10006909	Foco	*ICNP Primitive*	Processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade.
Controlo da dor	10005157	Foco	*ICNP Primitive*	Controlo
Controlo da dor inadequado	10039910	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Controlo da dor
Coping	10005208	Foco	*ICNP Primitive*	Atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.
Coping efetivo	10014844	Foco	*ICNP Primitive*	*Coping*
Coping efetivo	10022378	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	*Coping* efetivo
Crença	10003229	Foco	*ICNP Primitive*	Atitude: opiniões; convicções e fé
Crença comprometida	10012550	Foco	*ICNP Primitive*	Crença
Crença cultural	10005427	Foco	*ICNP Primitive*	Crença: convicção pessoal baseada nos valores da própria cultura.
Crença cultural dificultadora	10022397	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Crença cultural
Crença espiritual	10018577	Foco	*ICNP Primitive*	Crença: convicção e disposição pessoal para reter e abandonar ações tendo em conta os princípios de vida que impregnam, integram e transcendem a natureza biológica e psicossocial de cada um.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Crença espiritual dificultadora	10022769	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Crença espiritual
Crença religiosa	0016728	Foco	*ICNP Primitive*	Crença: convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios; fé religiosa que impregna; integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um.
Crença religiosa dificultadora	10021757	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Crença religiosa negativa
Crença religiosa negativa	10025463	Foco	*ICNP Primitive*	Crença religiosa
Crença religiosa positiva	10024159	Foco	*ICNP Primitive*	Crença religiosa
Culto	10021166	Foco	*ICNP Primitive*	Comportamento espiritual
Cultura	10005458	Foco	*ICNP Primitive*	Estrutura psicossocial: crenças, valores, tradições e normas de comportamento de um grupo.
Desconforto	10023066	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Desconforto
Desconforto	10023835	Foco	*ICNP Primitive*	Status comprometido
Dificuldade de *coping*	10001120	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Processo de coping comprometido
Dificuldade de *coping* face à dor	10040731	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Coping face à dor
Dignidade	10005979	Foco	*ICNP Primitive*	Direito do cliente

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Dignidade comprometida	10024995	Foco	*ICNP Primitive*	Dignidade
Disponibilidade para *coping* efetivo	10001469	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Disponibilidade
Disponibilidade para processo familiar positivo	10001482	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Disponibilidade
Disponibilidade para *status* espiritual efetivo	10033824	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Disponibilidade
Diversidade cultural	10005443	Foco	*ICNP Primitive*	Status: grupos diferentes, cada um com as suas próprias crenças, valores, tradições e normas de comportamento.
Dor	10013950	Foco	*ICNP Primitive*	Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.
Dor	110023130	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Dor

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Emoção	10006765	Foco	*ICNP Primitive*	Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença.
Emoção negativa	10012675	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção
Energia	10006899	Foco	*ICNP Primitive*	Material: fonte utilizável de potência.
Esperança	10009095	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.
Esperança	10025780	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Esperança
Esperança positiva	10025353	Foco	*ICNP Primitive*	Esperança
Expetativa	10023679	Foco	*ICNP Primitive*	Crença
Expetativa irrealista	10024144	Foco	*ICNP Primitive*	Expectativa
Expetativa irrealista acerca do tratamento	10042357	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Expetativa irrealista

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Falta de apoio da família	10022473	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Apoio da família
Falta de apoio social	10022753	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Apoio social
Falta de atividade lúdica	10040783	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Comportamento lúdico
Falta de autoconhecimento	10029451	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Autoconhecimento
Falta de confiança	10025947	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Confiança
Falta de conhecimento sobre gestão da dor	10040016	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Conhecimento sobre gestão da dor
Falta de esperança	10000742	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Falta de esperança
Falta de esperança	10009105	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa
Falta de resiliência	10050439	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Resiliência negativa
Falta de significado	10023423	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Significado dificultador
Incapacidade do adulto para melhorar	10000465	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Capacidade para melhorar
Incapacidade para melhorar	10022898	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Capacidade para melhorar
Isolamento social	10001647	Diagnosis / Outcome	*Diagnosis / Outcome*	Isolamento social
Isolamento social	10018389	ICNP Primitive	*Diagnosis / Outcome*	Status comprometido
Isolamento social diminuído	10050070	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Isolamento social
Labilidade emocional	10045652	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Equilíbrio de humor

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Luto	10008516	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação).
Luto	10012261	Foco	*ICNP Primitive*	Resposta psicológica: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Luto	10022345	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto
Luto disfuncional	10001183	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto
Luto familiar	10007614	Foco	*ICNP Primitive*	Luto: experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares.
Luto familiar	10038476	Foco	*ICNP Primitive*	Luto
Luto familiar	10038482	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto familiar
Luto por antecipação	10000726	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto
Meditação	10011897	Foco	*ICNP Primitive*	Comportamento espiritual
Medo	10000703	Diagnósticos / Resultados	*ICNP Primitive*	Medo
Medo	0007738	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Medo da morte	10026541	Foco	*ICNP Primitive*	Medo
Medo da morte	10037834	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Medo da morte
Medo de ser sobrecarga para outros	10026594	Foco	*ICNP Primitive*	Medo
Medo de ser sobrecarga para outros	10041671	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Medo de ser sobrecarga para outros
Medo do abandono	10037810	Foco	*ICNP Primitive*	Medo
Medo do abandono	10037823	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Medo do abandono
Morrer	10006403	Foco	*ICNP Primitive*	Processo corporal: redução gradual ou súbita dos processos corporais, que leva ao fim da vida.
Morrer com dignidade	10037517	Foco	*ICNP Primitive*	Morrer
Morte	10005560	Foco	*ICNP Primitive*	Evento ou episódio
Morte súbita do lactente	10019040	Foco	*ICNP Primitive*	Morte
Negação sobre gravidade da doença	10043845	Foco	*ICNP Primitive*	Negação
Negação sobre gravidade da doença	10043850	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Negação sobre gravidade da doença
Papel de apoio emocional	10027005	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de apoio
Papel de apoio espiritual	10027014	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de apoio

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Papel de apoio familiar	10026998	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de apoio
Papel de apoio social	10026979	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de apoio
Papel de enfermeiro	10013346	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de apoio
Papel espiritual	10018605	Foco	*ICNP Primitive*	Papel processual
Papel familiar	10007651	Foco	*ICNP Primitive*	Papel de grupo
Papel lúdico	10014669	Foco	*ICNP Primitive*	Papel no lazer: interagir em atividade lúdica espontânea ou organizada, participar em jogos, ocupar-se na diversão; sobretudo relacionado com o desenvolvimento infantil.
Papel no lazer	10011308	Foco	*ICNP Primitive*	Papel processual
Papel recreativo	10006141	Foco	*ICNP Primitive*	Papel processual
Perdão	10052024	Foco	*ICNP Primitive*	Atitude
Plano de gestão da dor	10039820	Foco	*ICNP Primitive*	Plano
Resiliente	10050441	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Resiliência
Resiliência	10050402	Foco	*ICNP Primitive*	*Status*
Resiliência negativa	10050425	Foco	*ICNP Primitive*	Resiliência
Resiliência positiva	10050418	Foco	*ICNP Primitive*	Resiliência

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Resposta à gestão da dor	10034450	Foco	*ICNP Primitive*	Resposta ao tratamento
Resposta à terapia	10036410	Foco	*ICNP Primitive*	Resposta ao tratamento
Resposta à terapia efetiva	10036423	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Resposta à terapia
Rezar	10015413	Foco	*ICNP Primitive*	Comportamento espiritual
Risco de angústia espiritual	10015325	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Angústia espiritual
Risco de *coping* comprometido	10037230	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Processo de coping comprometido
Risco de *coping* familiar comprometido	10032364	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Processo de coping familiar
Risco de crença religiosa dificultadora	10021774	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Crença religiosa negativa
Risco de isolamento social	10047213	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Isolamento social
Risco de luto disfuncional	10021735	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto
Risco de luto familiar disfuncional	10038495	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Luto familiar
Risco de sentimentos de impotência	10015285	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Sentimentos de impotência
Risco de solidão	10015179	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Solidão
Satisfação com gestão da dor	10040102	Foco	*ICNP Primitive*	Satisfação com gestão da dor

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Satisfação com gestão da dor	10040118	Diagnósticos / Resultados		Satisfação com gestão da dor
Sentimentos de impotência	10015394	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa: sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato; reduzida capacidade de escolha; incapacidade de agir pela convicção de que as suas ações não afetarão significativamente o resultado.
Sentimentos de impotência	10001578	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Sentimentos de impotência
Sentimentos de impotência diminuídos	10027120	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Sentimentos de impotência
Serviço de autoajuda	10038760	Foco	*ICNP Primitive*	Serviço comunitário
Serviço religioso	10016737	Foco	*ICNP Primitive*	Serviço
Sinal de desconforto	10037282	Foco	*ICNP Primitive*	Sinal
Sofrimento	10019055	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor; desconforto ou lesão, stresse psicológico crónico, má reputação ou injustiça.

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Sofrimento	10025588	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	Sofrimento
Solidão	10005157	Foco	*ICNP Primitive*	Emoção negativa: sentimentos de falta de pertença; isolamento emocional; sentimentos de exclusão, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companhia, simpatia e amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa autoestima.
Status espiritual	10018614	Foco	*ICNP Primitive*	*Status*
Status espiritual comprometido	10023336	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	*Status* espiritual
Status espiritual efetivo	10028529	Diagnósticos / Resultados	*Diagnosis / Outcome*	*Status* espiritual
Valores	10020599	Foco	*ICNP Primitive*	Crença: disposições para manter ou abandonar ações tendo em conta a opinião própria sobre o que é bom e mau.
Vontade de viver	10021113	Foco	*ICNP Primitive*	Volição: a vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver; fazer escolhas ou agir no sentido de continuar a viver.

Tabela 8 - Lista de termos da CIPE disponível em https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser

3.3 - INTERVENÇÕES ESPIRITUAIS

Por seu lado, e em sequência à identificação diagnóstica emergem as intervenções autónomas de enfermagem, que no âmbito da espiritualidade, estão disponíveis via CIPE (Tabela 9).

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Apoiar família	10032844	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Apoiar morte digna	10041254	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Apoiar processo de *coping* familiar	10032859	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Apoiar processo de luto	10026489	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Apoiar processo de luto familiar	10026470	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Apoiar rituais espirituais	10024591	Intervenções	*Intervention*	Apoiar
Avaliar medo da morte	10026093	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar uso de terapias tradicionais	10024320	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar ambiente	10026064	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar apoio social	10024298	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar atitude face ao estado de saúde	10040636	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar autoestima	10027079	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar conhecimento	10033882	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar conhecimento sobre dor	10039104	Intervenções	*Intervention*	Avaliar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Avaliar conhecimento sobre gestão da dor	10039041	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar controlo da dor	10002710	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar controlo de sintomas	10026161	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar *coping*	10002723	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar *coping* familiar	10026600	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar crenças	10046800	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar crenças culturais	10024233	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar crenças do cuidador	10046828	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar crenças espirituais	10024308	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar crenças espirituais da família	10024312	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar desconforto	10050089	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar dor	10026119	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar evolução da resposta à gestão da dor	10034053	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar luto	10026103	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar medo de ser uma sobrecarga para outros	10026254	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar necessidades	10033368	Intervenções	*Intervention*	Avaliar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Avaliar necessidades de cuidados sociais e de saúde	10030618	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar negação	10024246	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar sinais de desconforto	10037295	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar status espiritual	10030768	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar status social	10030752	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar tradição face à morte	10038014	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Avaliar tristeza	10038940	Intervenções	*Intervention*	Avaliar
Colaborar com a família	10035887	Intervenções	*Intervention*	Colaborar
Colaborar com cliente	10035873	Intervenções	*Intervention*	Colaborar
Colaborar com serviço religioso	1003821	Intervenções	*Intervention*	Colaborar
Colaborar no plano de gestão da dor	10039831	Intervenções	*Intervention*	Colaborar
Consultar para gestão da dor	10024331	Intervenções	*Intervention*	Consultar
Contratualizar comportamento positivo	10035771	Intervenções	*Intervention*	Contratualizar
Coordenar conferência familiar	10046081	Intervenções	*Intervention*	Coordenar
Encorajar afirmações positivas	10024377	Intervenções	*Intervention*	Encorajar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Ensinar sobre dor	10039115	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre gestão da dor	10019489	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre processo de morrer	10026502	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre processo familiar	10036153	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre serviço de autoajuda	10038773	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre terapia de diversão	10043536	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente	10039073	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Ensinar técnica de relaxamento	10038699	Intervenções	*Intervention*	Ensinar
Estabelecer confiança	10024396	Intervenções	*Intervention*	Estabelecer
Estabelecer ligação	10023738	Intervenções	*Intervention*	Estabelecer
Facilitar atividades autorrecreativas	10051160	Intervenções	*Intervention*	Facilitar
Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados	10035927	Intervenções	*Intervention*	Facilitar
Facilitar capacidade para comunicar necessidades	10038196	Intervenções	*Intervention*	Facilitar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos	10026616	Intervenções	*Intervention*	Facilitar
Facilitar capacidade para falar sobre processo de morrer	10026265	Intervenções	*Intervention*	Facilitar
Facilitar luto	10035958	Intervenções	*Intervention*	Identificar
Identificar atitude face à dor	10009654	Intervenções	*Intervention*	Implementar
Implementar cuidados de conforto	10039705	Intervenções	*Intervention*	Implementar
Implementar grupos de apoio	10039693	Intervenções	*Intervention*	Iniciar
Iniciar analgesia controlada pelo cliente	10010245	Intervenções	*Intervention*	Iniciar
Iniciar analgesia controlada pelo enfermeiro	10039808	Intervenções	*Intervention*	Iniciar
Massajar lactente	10031983	Intervenções	*Intervention*	Massajar
Mediação cultural	10046099	Intervenções	*Intervention*	Mediação cultural
Promover apoio da família	10036078	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover apoio espiritual	10038300	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover apoio social	10024464	Intervenções	*Intervention*	Promover

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Promover autoconhecimento	10036097	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover autoestima	10024455	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover comunicação familiar efetiva	10036066	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover coping efetivo	10035936	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover esperança	10024440	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover processo familiar efetivo	10036084	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover relacionamento positivo	10035759	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover terapia pela atividade	10050908	Intervenções	*Intervention*	Promover
Promover terapia recreativa	10036045	Intervenções	*Intervention*	Promover
Proteger crenças culturais	10026368	Intervenções	*Intervention*	Promover
Proteger crenças religiosas	10026381	Intervenções	*Intervention*	Proteger
Proteger direito do cliente	10015919	Intervenções	*Intervention*	Proteger
Providenciar apoio emocional	10027051	Intervenções	*Intervention*	Providenciar
Providenciar apoio espiritual	10027067	Intervenções	*Intervention*	Providenciar
Providenciar apoio social	10027046	Intervenções	*Intervention*	Providenciar

Termo	Código	Eixo	Tipo	Descrição
Providenciar privacidade	10026399	Intervenções	*Intervention*	Providenciar
Providenciar privacidade para comportamento espiritual	10024504	Intervenções	*Intervention*	Providenciar
Referenciar para serviço religioso	10024543	Intervenções	*Intervention*	Referenciar
Referenciar para terapia de grupo	10024558	Intervenções	*Intervention*	Referenciar
Referenciar para terapia familiar	10024536	Intervenções	*Intervention*	Referenciar
Reforçar consecução de objetivos	10026427	Intervenções	*Intervention*	Reforçar
Reforçar definição de prioridades	10026188	Intervenções	*Intervention*	Reforçar
Reforçar identidade pessoal	10026443	Intervenções	*Intervention*	Reforçar
Terapia de relaxamento	10039191	Intervenções	*Intervention*	Terapia de relaxamento
Terapia pela arte	10039162	Intervenções	*Intervention*	Terapia pela arte
Terapia pela diversão	10039348	Intervenções	*Intervention*	Terapia pela diversão
Terapia pela massagem	10039189	Intervenções	*Intervention*	Terapia pela massagem
Terapia pela reminiscência	10039376	Intervenções	*Intervention*	Terapia pela reminiscência
Terapia tradicional	10039143	Intervenções	*Intervention*	Terapia tradicional
Uso de técnica de relaxamento	10044992	Intervenções	*Intervention*	Técnica de relaxamento

Tabela 9 - Intervenções espirituais em enfermagem segundo CIPE.

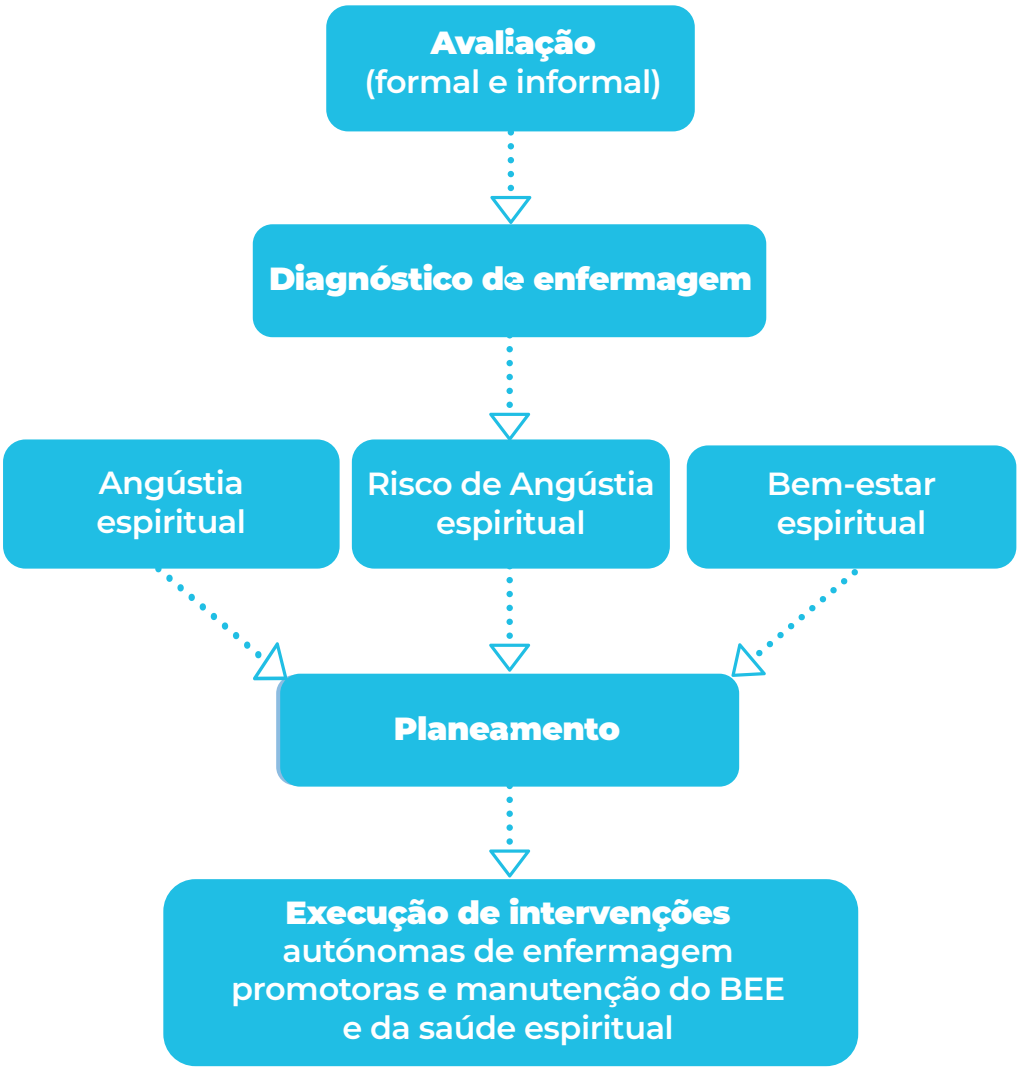
3.4 - OUTCOMES/ RESULTADOS

A investigação no âmbito da espiritualidade tem tido uma tendência de crescimento, em particular, depois da entrada no novo milénio (Martins, Romeiro, & Caldeira, 2017). Fruto disso, são os diversos estudos que se assomaram e que foram publicados em revistas científicas, permitindo dar a conhecer e conceder ênfase ao papel da espiritualidade, nomeadamente, nos ganhos em saúde em geral e no impacto positivo na saúde dos doentes, em particular. Corroborando esta afirmação, destaca-se uma revisão sistemática de Gijsberts, Liefbroer, Otten e Olsman (2019), realizada no âmbito dos cuidados paliativos que dá a conhecer o papel do cuidado espiritual na relação da díade enfermeiro/doente, em particular, no fortalecimento da relação e estabelecimento de um elo de confiança entre enfermeiro/doente. Os mesmos autores, no mesmo estudo, demonstraram que o cuidado espiritual é benefício para o doente e tem um impacto positivo: no bem-estar físico, emocional, social e espiritual e, simultaneamente, na qualidade e satisfação de vida; no alívio da dor e do desconforto; na promoção do *mindfulness*; como estratégia de *coping* para superação de situações de crise e/ou eventos traumáticos; como forma de alcançar um estado interior de paz de espírito; na perceção de suporte, relaxamento, mudanças positivas de humor; e na facilitação da comunicação verbal e não verbal (Gijsberts et al., 2019).

Uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados de intervenções espirituais em pessoas com cancro, realizada por Xing, Guo, Bai, Qian e Chen (2018) deram a conhecer que a intervenção espiritual tem um efeito igualmente positivo no bem-estar espiritual, qualidade de vida, depressão, ansiedade e desesperança. Na mesma linha de pensamento, uma meta-análise que inclui 15 estudos também em contexto oncológico, demonstrou o efeito positivo do cuidado espiritual no BEE, depressão, ansiedade e no sentido de vida dos doentes (Oh & Kim, 2014).

Corrobora-se, desta forma, que evidência científica comprova os efeitos benéficos da inclusão da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem, embora se reconheça que há caminho a percorrer até que a dimensão espiritual integre efetivamente os cuidados com a regularidade das outras dimensões do ser humano.

3.5 - FLUXOGRAMA DO CUIDADO ESPIRITUAL



4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento de enfermagem é dinâmico e, por isso, também é a prática de enfermagem, o ensino, e a investigação, que sendo viva, vai alimentando a mudança. Os valores são fundamentais na enfermagem e o respeito pela pessoa que precisa da presença do enfermeiro no seu processo de vida ou de saúde, toma a centralidade. A integralidade e individualidade são, assim, duas formas de atender à pessoa como ser único.

A atenção à pessoa deve, então, incluir, as dimensões que considere importantes na sua vida ou que sejam integrantes da sua condição humana. Sabemos que a saúde, ou o seu compromisso, elevam aspetos mais íntimos e sublinha a vulnerabilidade que, na maior parte das situações, pelo sofrimento, levam às questões últimas sobre a vida.

A realidade atual em relação à epidemiologia das doenças ou às questões demográficas apelam à atenção do enfermeiro para respostas humanas relacionadas com o questionar o sentido de vida, com questões espirituais, muito além das crenças religiosas. O enfermeiro, no domínio da sua responsabilidade profissional, deve atender a essas respostas utilizando os recursos disponíveis para a avaliação, intervenção e registo deste cuidado. Certo é que ainda há a perceção evidente da falta de preparação e do receio em abordar estas questões. Assim, são remetidas para outros, quando é urgente colocar este domínio na prática de cuidados de enfermagem, pois a evidência científica sublinha, não só os resultados positivos, mas a expectativa dos doentes em receber esse cuidado.

Este guia pretende ser um elemento de transferência da investigação na área e promotor da implementação na prática clínica do enfermeiro, naquela que é uma crucial necessidade de translação do conhecimento para a prática de enfermagem.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Ghabeesh, S. H., Alshraifeen, A. A., Saifan, A. R., Bashayreh, I. H., Alnuaimi, K. M., & Masalha, H. A. (2018). Spirituality in the lives of patients with end-stage renal disease: A systematic review. Journal of Religion and Health, 57(6), 2461–2477. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0622-2

Atashzadeh-Shoorideh, F., Zakaryaee, N. S., & Fani, M. (2018). The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. Journal of Family Medicine and Primary Care, 7(6), 1319–1326. https://-doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_76_18

Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N., & Sulmasy, D. P. (2018). spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in hematology/medical oncology patients: A multicultural assessment. Journal of Pain and Symptom Management, 55(1), 56. https://doi.org/10.1016/j.-jpainsymman.2017.08.009

Bay, P. S., Beckman, D., Trippi, J., Gunderman, R., & Terry, C. (2008). The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: a randomized controlled study. Journal of Religion and Health, 47(1), 57–69. https://doi.org/10.1007/s10943-007-9131-4

Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. Journal of Pain and Symptom Management, 48(3), 400–410. https://doi.org/10.1016/j.-jpainsymman.2013.09.020

Bar-Sela, G., Schultz, M. J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., Gafer, N., Albashayreh, A., Ghrayeb, I., Turker, I., Ozalp, G., Kav, S., Fahmi, R., Nestoros, S., Ghali, H., Mula-Hussain, L., Shazar, I., Obeidat, R., Punjwani, R., ... Silbermann, M. (2019). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. Palliative & Supportive Care, 17(3), 345–352. https://-doi.org/10.1017/S147895151800055X

Barber, C. (2012). Spirituality and religion: a brief definition. British Journal of Healthcare Assistants, 6(8), 378-381. https://doi.org/10.12968/bjha.2012.6.8.378

Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end of life patients: A systematic literature review. Journal of Clinical Nursing, 19(19-20), 3609-3624. https://doi.org/10.1111/jocn.15411

Burkhard, L., & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qualitative Health Research, 18(7),928–938. https://doi.org/10.1177/1049732308318027

Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. G. (2016). Spirituality and health. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), Holistic nursing: A handbook for practice (6ª ed., pp. 135-162). Jones & Bartlett Learning.

Burkhardt, M.A., & Nagai-Jacobson, M.G. (2002). Spirituality: Living our connectedness. Albany, NY: Delmar.

Büssing, A., Pilchowska, I. & Surzykiewicz, J. (2015). Spiritual needs of polish patients with chronic diseases. Journal of Religion and Health, 54, 1524–1542. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9863-x

Büssing, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., Koenig, H. G., Puchalski, C. M., & Swinton, J. (2014). Spirituality and health. Eviden-

ce-Based Complementary and Alternative Medicine, eCAM, 682817. https://doi.org/10.1155/2014/682817

Caldeira, S. (2012). Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15386

Caldeira, S., Branco, Z. C., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência, 5 (III Série), 145-152.

Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. International Journal of Nursing Knowledge, 24(2), 77–84. https://doi.org/10.1111/-j.2047-3095.2013.01234.x

Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. Nursing Standard, 31(34), 54-60. https://-doi.org/10.7748/ns.2017.e10313

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. International Journal of Nursing Knowledge, 28(1), 44–52. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12105

Chaves, E. C. L., de Carvalho, E. C., Terra, F. S., & de Souza, L. (2010). Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3), 309-316. https://doi.org/10.1590/S0104--11692010000300003

Clarke, J. (2013). Spiritual Care in Everyday Nursing Practice: a new approach. Red Globe Press.

Cone, P. H., & Giske, T. (2017). Nurses' comfort level with spiritual assessment: a study among nurses working in diverse healthcare settings. Journal of Clinical Nursing, 26(19-20), 3125–3136. https://-doi.org/10.1111/jocn.13660

Correia, N. E. A. C. (2017). Espiritualidade no processo de coping: adaptação e validação do spiritual coping questionnaire na população portuguesa e a sua relação com o bemestar espiritual (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Disponivel em: https://core.ac.uk/download/pdf/95049362.pdf

Crowther, S., & Hall, J. (2015). Spirituality and spiritual care in and around childbirth. Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 28(2), 173–178. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.001

Daaleman, T. P. (2012). A health services framework of spiritual care. Journal of Nursing Management, 20(8), 1021–1028. https://doi.org/10.1111/j.1365--2834.2012.01482.x

Decreto-lei n.º 253/2009 de 23 de setembro. Diário da República n.º 185/2009 - I Série. Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/490426/details/maximized

Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Diário da República n.º 180/2009 - I Série.. Código Deontológico. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/490239/-details/maximized

Decreto Regulamentar 58/80 de 10 de outubro. Diário da República n.º 235/1980 - I Série. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e dos Assuntos Sociais. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avan-

cada/-/asearch/462247/-details/normal?serie=I&search=Pesquisar&ano=1980&perPage=100&types=DR&_advancedPublicSearch_WAR_drefrontofficeportlet_dreId=83596

Dein, S. (2020). Transcendence, religion and social bonding. Archive for the Psychology of Religion, 42(1), 77–88. https://doi.org/10.1177/0084672420905018

Demir, E. (2019). The Evolution of spirituality, religion and health publications: Yesterday, today and tomorrow. Journal of Religion and Health, 58(1), 1–13. https://doi.org/10.1007/s10943-018-00739-w

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. DGS.

Fang, M. L., Sixsmith, J., Sinclair, S., & Horst, G. (2016). A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of-life care: findings from a scoping review. BMC Geriatrics, 16, 107. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0282-6

Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. International Journal of Children's Spirituality, 4(1), 29-49.
https://doi.org/10.1080/1364436990040104

Fisher, J. W. (2010). Spiritual health: Its nature, and place in the school. Melbourne University Custom Book Centre.

Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 6(2), 111–121. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_62_18

Forouzi, M. A., Tirgari, B., Safarizadeh, M. H., & Jahani. Y. (2017). Spiritual needs and quality of life of patients with cancer. Indian Journal of Palliative Care, 23(4), 437-444. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_53_17

Gijsberts, M. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent european literature. Medical Sciences, 7(2), 25. https://doi.org/10.3390/medsci7020025.

Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2020). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. Support Care Cancer, 29(3), 1165-1181. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9

Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. Psicologia, Saúde & Doenças, 10(2), 285-293

Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2018). Development and psychometrics of a "spiritual needs assessment scale of patients with cancer": A mixed exploratory study. International Journal of Cancer Management, 11(1), 1–8. https://doi.org/10.5812/ijcm.10083

Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The Invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. Journal of Holistic Nursing, 38(1), 147–155. https://doi.org/10.1177/0898010119889704

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). NANDA: NANDA international nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023 (12ª ed.). Thieme.

Hodge, D. R., Salas-Wright, C. P., & Wolosin, R. J. (2016). addressing spiritual needs and overall satisfaction with service provision among older hospitalized inpatients.

Journal of Applied Gerontology , 35(4), 374–400. https://doi.org/10.1177/0733464813515090

Hurlbut, J., & Ditmyer, M. (2016). Defining the meaning of spirituality through a qualitative case study of sheltered homeless women. Nursing for Women's Health, 20(1), 52–62. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2015.12.004

International Council of Nurses. (2020). Definição de angústia espiritual. Disponível em: https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

Young, C., & Koopsen, C. (2005). Spirituality, health and healing. Slack.

Jirásek, I. (2015). Religion, spirituality, and sport: From religio athletae toward spiritus athletae. Quest -Illinois- National Association for Physical Education in Higher Education, 67(3):290-299. https://doi.org/10.1080/00336297.2015.1048373

Jorge, D.F.O., Esgalhado,G., & Pereira, P. (2016). Inteligência espiritual: propriedades psicométricas da escala de inteligência espiritual integrada (EIEI). Análise Psicológica, 34(3), 1-14. https://doi.org/10.14417/ap.982

Jones, C. L. C. (2020). Spiritual Well-Being in Older Adults. Journal of Christian Nursing, 37(4), E31–E38. https://doi.org/10.1097/cnj.0000000000000770

Kirchoff, R. W., Tata, B., McHugh, J., Kingsley, T., Burton, M. C., Manning, D., Lapid, M., & Chaudhary, R. (2021). Spiritual care of inpatients focusing on outcomes and the role of chaplaincy services: A systematic review. Journal of Religion and Health, 60(2), 1406–1422. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01191-z

Koenig H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. Advances in Mind Body Medicine, 29(3), 19–26.

Koenig H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry, 2012, 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. The Journal of Nervous and Mental Disease, 186(9), 513-521. https://doi.org/10.1097/00005053-199809000--00001

Kraus, T. (2014). Sentido de vida da pessoa com dor crónica (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16164

Kroning, M., & Yezzo, P. (2017). Building a bridge to spiritual care. Nursing Management, 48(6), 32–39. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000516488.58802.9d

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019 - I Série. Lei de Bases da Saúde. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized

Lei n.º 31/2018 de 18 de julho. Diário da República n.º 137/2018 - I Série. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/115712240/details/maximized

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015 - I Série. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html

Lei 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República n.º 172/2012- I Série.. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/-details/maximized

Lutz, K., Rowniak, S. R., & Sandhu, P. (2018). A contemporary paradigm: Integrating spirituality in advance care planning. Journal of Religion and Health, 57(2), 662–671. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0541-77

Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. Geriatrics, 3(2), 28. https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028

Martins, H., & Caldeira, S. (2021). Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. Nursing Philosophy, e12348. https://-doi.org/10.1111/nup.1234

Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. Revista de Enfermagem Referência, serIV(4), 89-97.

Martins, H., & Caldeira, S.(2019). Moving forward and making difference in nursing care: a commentary on Ebenau et al. (2019) 'Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences'. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(3), 760-761. https://doi.org/10.1111/scs.12746.

Martins, H., & Caldeira, S.(2018). Spiritual distress in cancer patients: A synthesis of qualitative studies. Religions, 9(10), 285. https://doi.org/10.3390/rel9100285

Martins, H., Caldeira, S., Domingues, T. D., & Vieira, M. (2021). Validation of the duke university religion index (DUREL) in portuguese cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Religion and Health, 10.1007/s10943-020-01143-z.. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01143-z

Martins, H., Caldeira, S., Domingues, T. D., Vieira, M., & Koenig, H.G. (2020). Validation of the belief into action scale (BIAC) in Portuguese cancer patients receiving chemotherapy. Journal of Holistic Nursing, 38(2):193-204. https://doi.org/10.1177/0898010119879531

Martins, H., Caldeira, S., Domingues, T. D., Vieira, M., & Ku, Y.L. (2019). Validation of the spiritual distress scale in portuguese cancer patients undergoing chemotherapy: A methodological study. Religions, 10(11), 599. https://dx.doi.org/10.3390/rel10110599

Martins, H., Romeiro, J., & Caldeira, S. (2017). Spirituality in nursing: an overview of research methods. Religions, 8(10), 226. https://dx.doi.org/10.12707/RIII13129

Martsolf, D.S., & Mickley, J.R. (1998) The concept of spirituality in nursing theories: Differing world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing, 27(2), 294-303.http://dx.doi.org/10.1046/j.1365--2648.1998.00519.x

McSherry, W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. Journal of Clinical Nursing, 15(7), 905–917. https://-doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x

McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: Implications for nursing practice. Journal of Clinical Nursing, 13(8), 934–941. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x

McSherry, W., & Ross, L. (2002). Dilemmas

of spiritual assessment: Considerations for nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 38(5), 479–488. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02209.x

Meneses, R., Miyasaki, C., & Pais-Ribeiro, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa do WHOQOL-SRPB. In Atas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa, (pp. 1936-1941).

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice. Springer Publishing Company.

Mesquita, A. C., Chaves, É. de C. L., & Barros, G. A. M. (2017). Spiritual needs of patients with cancer in palliative care. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 11(4), 334–340. https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000308

Miguel, S., Romeiro, J., Martins, H., Casaleiro, T., & Herdman, T. H. (2019). "Call for the use of axial terms": Toward completeness of NANDA-I Nursing diagnoses labels. International Journal of Nursing Knowledge, 30(3),131-136. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12228

Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S. (2018). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. Journal of Clinical Nursing, 27(1-2), 173–181. https://doi.org/10.1111/jocn.13867

Modanloo, S., Rohani, C., Farahani Shirin Abadi, A., & Pourhossein gholi, A. (2015). Assessment of family function among parents of children with cancer. Iranian Journal of Nursing Research, 10(1), 56–65.
Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G., & Stievano, A. (2020). Spirituality in nursing: A concept analysis. Nursing Ethic, 27(5), 1327-1343. https://doi.org/10.1177/0969733020909534

Narayanasamy, A. (2010). Recognizing Spiritual Needs. In W. McSherry & L. Ross (Eds.), Spiritual Assessment in Healthcare Practice (pp. 37-55). M & K Update ltd.

National Interfaith Coalition on Aging. (1975). Spiritual well-being: A definition. Athens, Georgia: Author. Dísponivel em: http://www.marquette.edu/library/archives/Mss/NICA/NICA-series7.shtml

Nightingale, F. (2005). Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é. Lusociência.

Oh, P. J, & Kim, S. H. (2014). The effects of spiritual interventions in patients with cancer: A metaanalysis. Oncology Nursing Forum, 41(5), E290-301. https://doi.org/10.1188/14.ONF.E290

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem—Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da functional assessment of chronic illness therapy - Spiritual well-being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. Cadernos de Saúde, 4(2), 37-45.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Peres, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology, 56(4), 519-5423.

https://doi.org/10.1002/(sici)1097--4679(200004)56:4<519::aid--jclp6>3.0.co;2-1

Pargament, K. I. (1990). God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. Research in the Scientific Study of Religion, 2, 195-224.

Phelps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M. T., Van Wert, M., Vanderweele, T. J., & Balboni, T. A. (2012). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: Perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 30(20), 2538–2544. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.3766

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. Arquivos de Medicina, 21(2), 47-53.

Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients. Porto Biomedical Journal, 1(4), 147-152. doi:https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003

Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. ESMO open, 4(1), e000465. https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018--000465

Puchalski C. M. (2010). Formal and informal spiritual assessment. Asian Pacific journal of Cancer Prevention, 11(1), 51–57.

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine, 12(10), 885–904. https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142

Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. International Nursing Review, 61(2), 211–219. https://doi.org/10.1111/inr.12099

Ramondetta, L. M., Sun, C., Surbone, A., Olver, I., Ripamonti, C., Konishi, T., Baider, L., & Johnson, J. (2013). Surprising results regarding MASCC members' beliefs about spiritual care. Supportive care in cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 21(11), 2991–2998. https://doi.org/10.1007/s00520-013-1863-y

Reed, P. G. (2009). Demystifying self-transcendence for mental health nursing practice and research. Archives of Psychiatric Nursing, 23(5), 397–400. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.06.006

Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. Nursing Science Quarterly, 9(1), 2–4. https://doi.org/10.1177/089431849600900102

Rego, A. (2007). A atenção ao espiritual : tradução e validação linguística e cultural da spiritual assessment scale, um instrumento de avaliação espiritual (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7347

Romeiro, J., Caldeira, S., Herdman, T. H., Lopes, C. T., & Vieira, M. (2020). Nursing diagnoses: What about NANDA-I syndromes? International Nursing Review, 67(4), 562-567. https://doi.org/10.1111/inr.12612

Romeiro, J., & Caldeira, S. (2018). The Human Responses and nursing diagnoses of those living with infertility: A qualitative systematic review. International Journal of Nursing Knowledge, 30(3), 173-189. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12223

Romeiro, J., Martins, H., Pinto, S., & Caldeira, S. (2018). Review and characterization of Portuguese theses, dissertations, and papers about spirituality in health. Religions, 9(9), 271. https://doi.org/10.3390/rel9090271

Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Timmins, F., & Hall, J. (2017a). Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing, 26(23-24), 3917–3935. https://doi.org/10.1111/jocn.13813

Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Hall, J., & Timmins, F. (2017b). The spiritual journey of infertile couples: Discussing the opportunity for spiritual care. Religions, 8(4), 76. https://doi.org/10.3390/rel8040076

Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. (2017). Palliative care nurses' spiritual caring interventions: a conceptual understanding. International Journal of Palliative Nursing, 23(4), 194-201. https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.194.

Ross, L. A. (1994). Spiritual aspects of nursing. Journal of Advanced Nursing, 19(3), 439–447. https://doi.org/10.1111/j.1365--2648.1994.tb01105.x

Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting?. British Journal of Nursing, 23(7), 370–374. https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.370

Saifan, A., Masa'Deh, R., Hall, C., & Collier, J. (2014). Experiences of Jordanian mothers and fathers of children with cancer. Journal of American Science, 10(8), 29–39.

Santos, S., Capela, M. L.,Domingues,T. D., Martins, H., & Caldeira, S. (2020). Validation of the nurse spiritual care therapeutic scale in European Portuguese in palliative care: a methodological study. In Abstracts from the 11th EAPC World Research Congress Online, 7th – 9th October 2020. Palliative Medicine, 34(1), 1–280. https://doi.org/10.1177/0269216320958098.

Silva, C. M. J. S (2012). Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal). Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19752

Souza, V. M., Frizzo, H. C. F., Paiva, M. H. P., Bousso, R. S., Santos, A. S. (2015). Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(5), 509-14. http://-dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680504i

Starck, P. L. (1985). Guidelines – The Meaning in Soffring Test. Berkeley: Institute of Logotherapy Press.

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017a). Assessing the spiritual needs of patients. Nursing Standard, 31(29), 47-53. https://-doi.org/10.7748/ns.2017.e10312

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017b). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. Nursing Standard, 31(22), 50–57. https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10311

Timmins, F., Neill, F., Murphy, M., Begley, T., & Sheaf, G. (2015). Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. Nurse Education in Practice, 15(6), 485–491. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.02.007

van de Geer, J., Veeger, N., Groot, M., Zock, H., Leget, C., Prins, J., & Vissers, K. (2018). Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: results of a quasi-experimental Study. The American Journal of Hospice & Palliative Care, 35(2), 218–228. https://doi.org/10.1177/1049909117692959

Viana, A., Querido, A., Dixe, M., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados paliativos: tradução e adaptação transcultural do Herth Hope Index. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 607-616.

Vlasblom, J. P., van der Steen, J. T., Walton, M. N., & Jochemsen, H. (2015). Effects of nurses' screening of spiritual needs of hospitalized patients on consultation and perceived nurses' support and patients' spiritual well-being. Holistic Nursing Practice, 29(6), 346–356. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000111

Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. Nursing Forum, 51(2), 79-96. https://doi.org/10.1111/nuf.12128

Wu, L. F., Tseng, H.-C., & Liao, Y. C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. Nurse Education Today, 38, 36–41. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.001

Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. Medicine, 97(35), e11948. https://doi.org/10.1097/md.0000000000001194

6 - FAQ'S CUIDADO ESPIRITUAL

Qual a diferença entre espiritualidade e religiosidade?
A espiritualidade é uma dimensão inerente à pessoa humana, na procura de sentido, na interioridade e transcendência, e que é mais abrangente do que a condição de ter um credo religioso.

O que é o cuidado espiritual?
O cuidado espiritual do enfermeiro é um cuidado que considera a pessoa também na dimensão espiritual, acolhendo o seu sofrimento e ajudando a integrar o sentido dessa condição, a partir do processo de avaliação das respostas humanas aos processos de vida e de saúde, da identificação de diagnósticos de enfermagem, de uma intervenção dirigida, informada pela melhor evidência disponível, de modo a promover bem-estar espiritual e global.

Há diferença entre cuidado espiritual e intervenção espiritual?
O cuidado espiritual é todo o processo acima definido. A intervenção espiritual estaria na fase de intervenção dirigida, ou seja, a operacionalização instrumental do cuidado.

Como identificar a necessidade de cuidado espiritual?
A necessidade de cuidado é sempre sinalizada pela pessoa, através da comunicação (observar, escutar, tocar, sentir) ou pelo uso complementar de instrumentos que ajudam na identificação e aspetos para os quais é necessária a intervenção do enfermeiro a este nível. Os estudos têm identificado como principais indicadores de angústia espiritual o sofrimento relacionado com a falta de sentido na vida. Por isso, qualquer manifestação a este respeito deve alertar o enfermeiro para o cuidado espiritual. Além disso, a evidência também relata a importância de manter os rituais e práticas espirituais, ainda que em situação de internamento.

Qual a responsabilidade ética do enfermeiro no cuidado espiritual?
O enfermeiro deve atender à pessoa na sua individualidade, independente das suas crenças religiosas e espirituais, garantindo um cuidado humano. Para tal, deve considerar todas as dimensões integrantes da pessoa humana e a espiritualidade que tem uma importância singular na gestão do sofrimento e da doença.

O Enfermeiro deve envolver a família/pessoa significativa no cuidado espiritual?
Os recursos para o cuidado espiritual devem incluir as pessoas mais significativas, além da equipa multidisciplinar, atendendo às preferências das pessoas.

Que intervenções se devem valorizar no cuidado espiritual?

As intervenções relacionadas com o cuidado espiritual centram-se na comunicação: estar, escutar, olhar, tocar, sentir e afetar-se pelo que a pessoa nos transmite, no sentido de desenvolver a empatia e a compaixão. Outras intervenções mais específicas podem relacionar-se com o facilitar os rituais religiosos e espirituais.

Quais as principais dificuldades na satisfação das necessidades espirituais?
As maiores dificuldades reportadas pelos enfermeiros nos estudos nacionais e internacionais relacionam-se com a perceção de falta de tempo e de falta de preparação; a associação da espiritualidade à condição de moribundo e a visão reducionista à religião e aos rituais religiosos específicos; a perceção de não compreenderem de modo objetivo e concreto o significado de espiritualidade e, por isso, a dificuldade em reconhecer a sua responsabilidade a esse nível; as estruturas organizacionais que não favorecem este cuidado; e a dúvida em relação à cientificidade deste domínio na prática de enfermagem.

Quais as estratégias facilitadoras do cuidado espiritual?
As estratégias facilitadoras podem incluir: aceitar que o doente seja o guia para o cuidado, escutando as suas preferências; realizar formação ou aprofundar os conhecimentos relacionados com o cuidado espiritual; partilhar em equipa esta temática, incluindo naturalmente nos planos de formação e nos cuidados; trabalhar o autoconhecimento; e garantir que há uma equipa multidisciplinar que tem conhecimentos e atitudes facilitadoras em relação ao cuidado espiritual.

Como e o que se deve privilegiar no registo desta dimensão do processo de cuidados?
Os registos dos cuidados inerentes a esta dimensão devem ser registados pela mesma via que os cuidados do enfermeiro, privilegiando o que os registos regulares dos enfermeiros habitualmente devem contemplar (a apreciação realizada, o DE, a intervenção realizada e o resultado obtido).

7 - RECURSOS

Sites:

· Center for Spirituality, Theology and Health at Duke University Medical Center. Disponível em: https://spiritualityandhealth.duke-.edu

· Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care (EPICC). Disponível em: http://blogs.staf-fs.ac.uk/epicc/

· Spirituality Research and Innovation Group (SRIG). Disponível em: https://nursing-midwifery.tcd.ie/S-RIG/index.php

· The Research Institute for Spirituality and Health (RISH). Disponível em: https://www.rish.ch/en/home

Organizações e grupos nacionais:

· Comissão Nacional da Pastoral da Saúde. Disponível em: http://www.ecclesia.pt/cnpastoral-dasaude/

· Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Disponível em: https://www.aeop.pt

· Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: https://apcp.com.pt/

· Centro de Espiritualidade Francisco e Jacinta Marto - Silenciosos Operários da Cruz. Disponível em:

https://www.fatima.pt/pt/locations/centro-espiritualidade-francisco-jacinta-marto-silenciosos-operarios-cruz

· Spirit in Heath. Disponível em: https://www.facebook.com/Spirit-in-healthportugal-106583661374925

E-mail: spiritinhealth.portugal@gmail.com
Twitter: @spiritinhealth
Instagram: spiritinhealth

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO POR ENFERMEIRO



Ordem dos Enfermeiros