

Religiosidade e espiritualidade de profissionais de saúde que cuidam de crianças e suas expressões práticas

Religiousness/Spirituality and their practical manifestations among health professionals that provide care to children

Religiosidad y espiritualidad de los profesionales de la salud que atienden a niños y sus expresiones prácticas

Thamires Goulart Lambranco de Azevedo¹ ; Márcia de Assunção Ferreira¹ 

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: conhecer os saberes e práticas pessoais sobre religiosidade e espiritualidade de médicos e equipe de enfermagem atuantes no cuidado de crianças em processo de terminalidade. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, com 30 participantes, realizado entre abril e julho de 2024, por entrevista semiestruturada. A análise dos textos foi lexical, pelo Alceste, e estatística descritiva sobre o perfil. Aprovou-se a pesquisa em Comitê de Ética. **Resultados:** a maioria foi de mulheres, com mais de 20 anos de experiência e pós-graduação. A maioria se considera espiritualizada e acredita em divindades, com destaque para kardecistas, católicos e evangélicos. Identificaram-se lacunas na compreensão dos conceitos de religiosidade e espiritualidade e como as práticas se refletem no cotidiano, com orações, meditação e contato com a natureza. **Considerações finais:** a religiosidade e espiritualidade confortam, apoiam e influenciam o cuidado. Há necessidade de formação e espaços que integrem essas dimensões na prática profissional.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Representação Social; Criança; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to know the personal knowledge and practices regarding religiousness and spirituality implemented by physicians and Nursing teams working in the care of end-of-life children. **Method:** a qualitative and descriptive study conducted between April and July 2024 by means of semi-structured interviews with 30 participants. The lexical analysis of the text materials was performed with the aid of the Alceste software, as well as descriptive statistics about the participants' profile. The research was approved by an Ethics Committee. **Results:** the sample was mostly comprised by women with more than 20 years of experience and graduate studies; the majority considered themselves spiritualized and believed in divinities, with Kardecists, Catholics and Evangelicals standing out. Gaps were identified in how the concepts of spirituality and religiousness are understood, as well as in the way in which the practices are reflected in the routines through prayers, meditation and contact with nature. **Final considerations:** religiousness and spirituality comfort, support and influence the care provided. It is necessary to implement training programs and to enable spaces that integrate these dimensions into the professional practice.

Descriptors: Spirituality; Religion; Social Representation; Child; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivo: identificar los conocimientos y las prácticas personales sobre religiosidad y espiritualidad de médicos y equipos de enfermería que trabajan en el cuidado de niños en fase terminal. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, con 30 participantes, realizado entre abril y julio de 2024, mediante entrevistas semiestructuradas. Se realizó análisis léxico de los textos mediante el software Alceste, así como estadística descriptiva de los perfiles de los participantes. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética. **Resultados:** la muestra fue compuesta mayormente por mujeres, con más de 20 años de experiencia y posgrados, advirtiéndose que gran parte se consideraba espiritual y creía en deidades, especialmente kardecistas, católicas y evangélicas. Se identificaron lagunas en la comprensión de los conceptos de religiosidad y espiritualidad y en cómo estas prácticas se reflejan en la vida diaria, como la oración, la meditación y el contacto con la naturaleza. **Consideraciones finales:** la religiosidad y la espiritualidad confortan, apoyan e influyen en el cuidado. Se observa la necesidad de formación y de habilitar espacios que integren estas dimensiones en la práctica profesional.

Descriptores: Espiritualidad; Religión; Representación Social; Niño; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

A inclusão da espiritualidade na definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde, em 1998, impulsionou pesquisas voltadas à compreensão de seus impactos nas condições de vida da população¹. Estudos têm demonstrado a relação entre espiritualidade, religiosidade e o enfrentamento de doenças, destacando sua influência na promoção da saúde e no processo de reabilitação².

Autora correspondente: Thamires Goulart Lambranco de Azevedo. E-mail: thamires.goulart96@gmail.com
Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Antonio Marcos Tosoli Gomes

Religiosidade e espiritualidade (R/E) são conceitos distintos e abordá-los geram desafios importantes, em especial na saúde, tomando-se em conta suas elaborações social e culturalmente situadas³. A religiosidade refere-se à vivência de valores e práticas associadas à religião, podendo se manifestar de forma intrínseca, em nível pessoal, como por meio de orações e leituras, ou extrínseca, em nível coletivo, por meio da participação em cultos, missas e encontros religiosos. Já a espiritualidade é um conceito mais amplo, relacionado a crenças e práticas que podem ou não envolver a fé em estados ou entidades sobrenaturais. No entanto, sua definição é essencialmente subjetiva e individualizada⁴.

A religiosidade e a espiritualidade são amplamente reconhecidas como dimensões fundamentais do cuidado em saúde e podem influenciar as percepções sobre as vivências e experiências nos processos de saúde, adoecimento, tratamento e cura, no que tange às dimensões físicas, emocionais ou mentais, inclusive com influências nos cuidados, sejam eles relativos ao autocuidado ou às decisões profissionais⁵. Nesse sentido, R/E são objetos importantes para serem estudados no campo da saúde.

Apesar dessa relevância, ainda são escassas as iniciativas que garantam sua efetiva incorporação nos currículos acadêmicos, como o de Enfermagem, por exemplo, limitando a abordagem desses aspectos na formação profissional⁶. Diante disso, torna-se essencial investigar sobre a religiosidade e espiritualidade junto a profissionais de saúde que cuidam de crianças, na busca pela compreensão sobre o que sabem acerca de tais temas e como os aplicam nas suas práticas pessoais. Isto remete à necessária relação entre conhecimento e prática.

Tais considerações relativas ao conjunto de percepções, saberes, práticas e comportamentos que as pessoas agregam em razão da R/E as habilitam a formalizá-las como fenômenos de representações sociais (RS), uma vez que refletem construções coletivas que comunicam crenças, valores, opiniões e comportamentos característicos em grupos específicos, vindo ao encontro do que concebem Moscovici⁷ e Jodelet^{8,9}, sobre a construção de significados sobre a realidade, compartilhados nas interações, assentados nas culturas e situados em dados contextos históricos.

Em contextos de cuidados a crianças em situações clínicas de terminalidade, ainda há poucos estudos que analisam a influência da espiritualidade e da religiosidade na prática dos profissionais que cuidam destas crianças. Esse cenário revela um interesse restrito da comunidade científica em compreender os mecanismos que sustentam essa relação no contexto dos cuidados paliativos².

Neste intento, este estudo teve como objetivo conhecer os saberes e práticas pessoais sobre religiosidade e espiritualidade de médicos e equipe de enfermagem atuantes no cuidado de crianças em processo de terminalidade, com vistas a contribuir para reflexões que ampliem o debate sobre a integração desses aspectos no cuidado em saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão dos processos de saúde e doença está em constante transformação e a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma visão dinâmica que integra as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Embora a R/E sejam fundamentais para as condições de vida, elas foram, por muito tempo, negligenciadas nas práticas de saúde. Contudo, atualmente, esses aspectos têm ganhado crescente atenção e sido cada vez mais incorporados ao cuidado, com ênfase em sua relevância prática⁶.

O modelo biomédico, de abordagem cartesiana, tem sua atenção centrada nos sistemas e órgãos, cujo foco principal se volta para os aspectos biológicos da doença, o que resulta numa visão do corpo humano de maneira fragmentada. Nesse modelo, o diagnóstico nosológico e o tratamento físico se ressaltam e a complexidade do ser humano como um todo torna-se muitas vezes secundária. Essa visão limitada prejudica a compreensão mais abrangente do paciente e resulta em um cuidado fragmentado, centrado na patologia, e por esta razão vem sendo questionado, abrindo margem para a implantação de um outro modelo, o biopsicossocial, com uma visão mais abrangente e de perspectiva integradora¹⁰⁻¹².

Este movimento com debates sobre os paradigmas biomédico e biopsicossocial tem se intensificado nas últimas décadas, com a expansão da concepção de saúde que tem convocado a incorporação de uma abordagem mais integrada, que abrange não apenas os aspectos biológicos, mas também os psíquicos, sociais e espirituais. Em 1998, a OMS ampliou seu conceito multidimensional de saúde, reconhecendo a dimensão espiritual como parte da qualidade de vida, ao lado dos aspectos físico, psíquico e social¹⁰.

Com isso, a integração da R/E tem sido cada vez mais explorada como uma forma de enriquecer as práticas de cuidado e enfrentar as doenças. Uma expressão deste interesse se expressa na diversidade de instrumentos e escalas para incorporar os cuidados de R/E, alguns deles para auxiliar na comunicação e na exploração das crenças espirituais, favorecendo um cuidado mais humanizado¹³.

No Brasil, o interesse por esse tema tem crescido nos últimos anos, impulsionado pela diversidade religiosa do país e pelo compromisso de profissionais de saúde com uma abordagem holística, que abrange os aspectos biopsicossociais e espirituais^{10,11,14}.

A exploração dos saberes e práticas nesta pesquisa foi realizada pela via das RS, que reúnem representações individuais que se vinculam funcionalmente e socialmente ao objeto representado em uma população, e facilitam a comunicação e a ação desta população¹⁵. Elas correspondem a processos de pensamento nos quais os indivíduos internalizam objetos simbólicos que influenciam suas práticas¹⁶.

No contexto profissional, essas representações não se originam apenas da formação acadêmica, mas são moldadas ao longo da vida por meio de experiências e interações sociais¹². Assim, compreender essas construções permite analisar como os profissionais de saúde integram tanto o conhecimento técnico-científico quanto os saberes adquiridos em suas vivências.

Este estudo adotou a abordagem processual para a compreensão das RS de um grupo, investigando-as por meio dos discursos sobre o objeto investigado e os comportamentos sobre ele e, assim, alcançar o objetivo da pesquisa por meio do acesso a como os saberes sobre os fenômenos estudados são construídos e de que forma orientam as práticas de cuidado. Isso implica examinar o percurso do pensamento dos participantes nos estudos de RS. Dessa forma, busca-se explorar quem detém o conhecimento, de que lugar social fala, quais processos contribuíram para sua construção e quais efeitos esse saber gera na prática profissional⁸.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, que busca compreender a complexidade que envolve os saberes e práticas sobre religiosidade e espiritualidade no cotidiano dos profissionais de saúde. Essa abordagem permite explorar as experiências vivenciadas, proporcionando uma análise aprofundada do fenômeno estudado. Para isso, a pesquisa se fundamenta na Teoria das Representações Sociais (TRS)⁷, adotando sua abordagem processual⁸ para investigar como esses conceitos são construídos, compartilhados e aplicados na prática profissional.

Foi realizado em três setores pediátricos de uma instituição pública federal localizada no Rio de Janeiro, a saber: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Enfermaria de Pediatria (EP) e Unidade Intermediária (UI). Esses setores atendem pacientes de 29 dias a 18 anos incompletos. Cada unidade possui estrutura e equipes específicas, voltadas ao cuidado de crianças em diferentes níveis de complexidade clínica, incluindo cuidados intensivos, semi-intensivos e de baixa a média complexidade.

O grupo de participantes foi composto por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem lotados nos setores selecionados, em ambos os turnos (diurno e noturno), que prestam cuidados diretos e contínuos à clientela pediátrica. Foram incluídos todos os profissionais informados no grupo de participantes que atuam há, pelo menos, um ano nestes setores, prestando cuidados diretos à clientela pediátrica. Os critérios de exclusão considerados foram: profissionais residentes, profissionais de férias ou licença médica no período de coleta de dados, e aqueles que não prestassem cuidados diretos às crianças hospitalizadas nos setores da pesquisa. Os que preencheram os critérios foram convidados e não houve desistências após os aceites.

O total de profissionais que atenderam aos critérios compôs-se de 30 participantes. A amostragem qualitativa foi intencional e não probabilística. Para o recrutamento dos participantes, a pesquisadora realizou visitas aos setores selecionados com o objetivo de estabelecer o primeiro contato com os profissionais de saúde, apresentar a pesquisa, esclarecer dúvidas e fornecer informações relevantes sobre o estudo.

O quantitativo em torno de 30 entrevistas vem sendo indicado em pesquisas sobre dimensionamento de amostras qualitativas como um número norteador para os pesquisadores, mas a segurança em relação aos resultados deve ser orientada em face dos objetivos, da posição teórica e da estrutura analítica que será aplicada na pesquisa. Neste entendimento, a saturação dos dados ainda se mostra como um referencial para que se alcance adensamento nas afirmações baseadas nos dados produzidos^{17,18}.

Durante essas visitas, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e, mediante aceite, forneceram seus contatos telefônicos para o agendamento das entrevistas em momento oportuno. O encerramento da captação de participantes foi feito mediante pré-análise dos conteúdos, na medida em que as entrevistas eram realizadas. Ao se concluir que o quadro empírico da pesquisa estava delineado, mediante aplicação do critério de saturação dos dados¹⁴, finalizou-se o recrutamento com 30 profissionais, sendo 10 de cada categoria profissional.

A coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2024, por meio de entrevista semiestruturada. Aplicou-se um instrumento organizado em duas partes, sendo a primeira composta por perguntas objetivas para traçar o perfil socioprofissional e demográfico dos participantes, tais como: profissão, tempo de formado, idade, sexo/gênero, especialização, abordagem do tema na graduação e religião; e a segunda composta por um roteiro semiestruturado com perguntas abertas sobre: conhecimentos gerais sobre o que é religiosidade e espiritualidade e o que pensa sobre os temas, como exerce/pratica a sua religiosidade e espiritualidade na sua vida pessoal. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, que é enfermeira pediátrica, cabendo a ela também as transcrições. A segunda autora participou da construção dos instrumentos, da revisão do *corpus* e do seu processamento no *software*.

Ressalta-se que foi utilizado um teste-piloto com três profissionais, sendo um de cada categoria, que se enquadravam nos critérios de inclusão deste estudo, mas que não integraram o desenho da amostra qualitativa. Após o teste não foi necessário fazer ajustes nos instrumentos. O tempo de duração das entrevistas foi entre 20 e 40 minutos, registrada por gravação de voz em aparelho eletrônico. Os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos pelas pesquisadoras.

Os dados sociodemográficos foram organizados em planilhas do Excel 2007 e analisados por meio de estatística descritiva simples e percentual. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise lexicográfica e lexicométrica com o auxílio do software Alceste® (versão 2012), a partir de um *corpus* único estruturado segundo as regras próprias do programa.

O protocolo de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes éticas estabelecidas para pesquisas com seres humanos. A coleta de dados teve início apenas após a devida autorização e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

A identidade dos participantes foi preservada por códigos: Técnico de Enfermagem (TE); Médico (Md); Enfermeiro (Enf); Sexo Feminino (F) e masculino (M); religião: ateu (A), agnósticos (Ag), católico (C), evangélico (E), Umbandista (U), Candomblecista (Cd), kardecista (K) e sem religião específica (Sre). E pelo número sequencial da entrevista (de 1 a 30).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 30 profissionais de saúde e evidenciou uma predominância do sexo feminino, correspondendo a 86,7%. No que se refere à faixa etária dos participantes, foi observado que a predominância neste estudo foi de participantes com idade entre 40-49 anos (30%), seguido de 30-39 anos (23%); na faixa entre 20-29 anos houve 13%. De 50-59 anos e acima de 60 anos houve 17% em cada faixa. Observou-se uma predominância de participantes com mais de 20 anos de tempo de formação, representando 50% da amostra; com menos de cinco anos, tem-se 7%, 6-10 anos e 11-15 anos, com 17% cada, e 16-19 anos 10%. No que tange à variável pós-graduação/especialização, tem-se predominância dos que a realizaram, representando 86,7% da amostra, com apenas 13,3% de participantes sem nenhuma pós-graduação ou especialização.

Observou-se também uma maior predominância de pessoas teístas, ou seja, com crenças em uma ou mais divindades, correspondendo a 83,3% da amostra; o ateísmo foi manifestado por 10% e agnósticos foram 7%. De acordo com as designações religiosas, a maior parte dos participantes era de espíritas kardecistas, correspondendo a 30% da amostra, com católicos em seguida (23,3%) e evangélicos (20%). Participantes sem religião representaram 20% da amostra e candomblecistas ou umbandistas com 6,7%, menor percentual nessa população.

No que tange à variável presença de espiritualidade, tem-se predominância de profissionais da saúde que se consideram espiritualizados, representando 90% da amostra, com apenas 10% de participantes não espiritualizados.

Com relação à variável abordagem da temática R/E durante a formação profissional, tem-se predominância de profissionais que não tiveram essas temáticas abordadas na formação profissional, correspondendo a 76,7% da amostra, seguido de apenas 23,3% de participantes que tiveram esses temas abordados durante a sua formação.

O *corpus* processado pelo software Alceste® se compõe de 30 unidades de contexto inicial (UCI) e sete variáveis. O número total de formas contidas no *corpus* foi de 81.917, com 5.187 formas distintas analisadas, com 1.027 formas para análise após a redução. O número médio de palavras analisadas por Unidades de Contexto Elementar (UCE) foi de 18,18.

O aproveitamento do *corpus* pelo software foi de 75%, com subdivisão dos textos em 1.417 UCE distribuídas em dois blocos com quatro classes lexicais. Este estudo focaliza o bloco das classes lexicais 3 e 4, nas quais se identificam os saberes e práticas relacionados à religiosidade e espiritualidade (R/E) e seus reflexos no cotidiano dos profissionais de saúde. A Tabela 1 está formada pelas classes 3 e 4, que possuem léxicos com significados assemelhados, mas as classes se separaram porque há também diferenças que devem ser consideradas. A retenção da classe 3 foi de 9% do *corpus*, com 128 UCE e 102 palavras analisáveis, e a classe 4 reteve 14% do *corpus*, 194 UCE e 116 palavras analisáveis. A Classe 3 revela as concepções dos profissionais sobre R/E, bem como as lacunas existentes na compreensão desses fenômenos. Já a Classe 4 evidenciou de que maneira as práticas vinculadas à R/E se expressam nas vivências pessoais dos profissionais.

Tabela 1: Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente, a partir das entrevistas com profissionais médicos e de enfermagem de um hospital pediátrico (n=30). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

Classe Lexical 3		Classe Lexical 4	
Concepções dos Profissionais		Práticas pessoais	
Forma	Phi	Forma	Phi
diferenç+	0,33	Gostaria	0,35
espiritualiz+	0,29	relac+	0,30
dogma	0,27	frequent+	0,27
praticas_c+	0,28	dia_a_dia	0,26
exist+	0,27	pratic+	0,23
especif+	0,25	orac+	0,22
necessaria	0,25	Faz	0,22
segu+	0,25	gost+	0,22
viz+	0,22	Dia	0,22
Rito	0,22	fac+	0,21
normas	0,20	Igreja	0,21
natureza	0,20	agradec+	0,20
força_sup+	0,20	acord+	0,20
religiosidade	0,20	Habito	0,19
Força	0,20	Ler	0,18
religi+	0,19	tenh+	0,18
consider+	0,19	Vou	0,17
conceito	0,18	proteção	0,17
espirituali+	0,18	benz+	0,16
práticas_c+	0,18	crist+	0,15
ampl+	0,18	religi+	0,15
Crer	0,18	bibl+	0,15
Maior	0,18	dorm+	0,15
envolv+	0,18	Culto	0,15
divin+	0,18	rez+	0,15
superior	0,17	oper+	0,15
conex+	0,16	ador+	0,14

Classe 3: Expressões dos Saberes dos Profissionais sobre R/E: Lacunas na compreensão desses fenômenos

A Classe Lexical 3 possui 9% do total das UCE que constituem o *corpus* de análise e está composta de 128 formas reduzidas de palavras plenas encontradas. A análise dos léxicos associados à classe 3 evidenciou os saberes dos profissionais a respeito da religiosidade e da espiritualidade e o que os participantes entendem de diferenças entre esses termos. Além disso, também foi possível evidenciar as lacunas na compreensão dos profissionais de saúde a respeito destas temáticas, uma vez que grande parte deles não estudou a temática na formação profissional.

Os contextos em que os léxicos se inserem são mais bem compreendidos nas UCE a seguir:

A diferença entre espiritualidade e religiosidade, embora muitas pessoas e até profissionais amigos nossos confundam, é absoluta no sentido que eu considero espiritualidade, o fato de você perceber que a gente existe além do corpo físico, que a gente tem uma manifestação psíquica distinta e a religiosidade seria você aprisionar essa visão dentro de uma visão filosófica. (Md, M, K-2)

Para você ver como a religião é sim uma seita, seja ela qual for. Eu mesmo já fui budista, kardecista, umbandista, já frequentei vários tipos de religiões e hoje vejo que é tudo uma visão sectária. Parece até time de futebol e suas torcidas organizadas, que entram em conflito, no meu modo de ver. (Md, M, K-2)

Eu acredito que existem diferenças entre religiosidade e espiritualidade. Acho que a espiritualidade não necessariamente vai estar ligada a alguma prática religiosa. Existem muitas pessoas que eu conheço, inclusive, pessoas que acreditam em divindades, acreditam em santos e não necessariamente possuem uma religião definida, mas acreditam em uma força superior à humana. (Enf, F, E-28)

A espiritualidade é uma coisa sua com o universo, não necessariamente passando por um intermédio de alguma instituição. Acho que é isso. Práticas ou expressões de espiritualidade para mim é você acreditar que existe alguma força maior que rege o universo. (Md, F, K-29)

E a espiritualidade é mais uma forma de ser, de crer numa força, numa potência, numa energia que você pode encontrar na natureza, no mar, no sol. (TE, F, C-5)

Eu acho que existe uma diferença entre religiosidade e espiritualidade. Religiosidade é quando você realmente acredita e pratica uma doutrina religiosa, seguindo todas as suas normas e ritos. E espiritualidade é acreditar em algo além do que se vê, além do que é palpável. É acreditar em algo superior a existência humana. (Enf, F, K-7)

A espiritualidade é ter a sensação de uma energia maior que te move. Acho que é isso, acho que eu não sei explicar mais do que isso. Já práticas ou expressões de religiosidade para mim é você pregar aquilo que é pregado na religião que você é submetido, por exemplo eu sou kardecista, a gente prega a caridade em primeiro lugar. (Md, F, K-23)

A espiritualidade é quando a pessoa acredita que existe um outro plano além do nosso. Ela acredita em um poder superior, em forças além das humanas. E a religiosidade é quando a pessoa tem fé naquela religião, unicamente na qual ela acredita. Quando ela segue as crenças e regras de uma determinada doutrina religiosa. (TE, F, Sre-20)

Classe 4: Como as Práticas de R/E se Manifestam no Cotidiano dos Profissionais de Saúde

A Classe Lexical 4 possui 14% do total das UCE que constituem o *corpus* de análise e está composta de 166 formas reduzidas de palavras plenas encontradas. A análise dos léxicos associados à classe 4 trata da forma como as práticas de R/E se expressam no dia a dia dos profissionais de saúde.

Os contextos em que os léxicos se inserem são mais bem compreendidos nas UCE a seguir:

Então, estou sempre usando o meu escapulário, ele já faz parte de mim. Com relação a religião, o que eu faço é rezar todo dia, principalmente antes de dormir, estou sempre agradecendo a Deus também pelas coisas boas, pelos livramentos, essas coisas. Gosto de ouvir algumas músicas da igreja católica que me acalmam. (Enf, F, C-22)

Eu participo de grupos de estudo sobre o espiritismo, frequento o centro espírita, faço cultos de evangelho no lar, essas coisas. Eu gostaria de fazer mais com relação a religião sim, porque acredito que isso me ajuda na caminhada aqui na terra. A evoluir como ser humano e espiritualmente também. (Enf, F, K)

Você vai praticar sua fé onde você se sente bem. E nela você vai rezar, vai fazer as suas preces e vai agradecer. A religião opera em tudo na minha vida. (TE, M, C-15)

Com relação a religião, eu tenho o hábito de rezar. Eu rezo todo dia, principalmente antes de sair de casa faço o sinal da cruz e peço para que o meu caminho seja iluminado pelos meus amigos espirituais e que eles estejam iluminando também as minhas práticas profissionais. (Md, F, K-29)

Práticas ou expressões de espiritualidade acho que é ter uma rotina de agradecimento e oração, o fato de agradecer por mais um dia de vida, agradecer pela natureza, pelo ar que respiramos. Eu pelo menos tenho isso. Eu tenho essa rotina de oração e de agradecimento diariamente. É um momento que eu me conecto com Deus, com anjo de guarda também, eu acredito muito nisso. (Enf, F, K-1)

Gostaria de fazer mais em relação a religião, principalmente ser mais positiva. Porque, às vezes, com as questões do dia a dia, o estresse emocional, você acaba esquecendo de agradecer a Deus, de agradecer pelo alimento, pelo trabalho, pela saúde. (TE, F, E-21)

E tem ações do dia a dia também com relação a religião como fazer uma oração, ler a bíblia, ir à missa. A religião é a minha base, a minha fé e por mais que eu esteja afastada, eu acredito muito em Deus. É o que me mantém, assim, sã em certos problemas, dificuldade, alegrias também. (Enf, F, C-22)

Com relação à espiritualidade eu pratico meditação, tenho muito contato com a natureza. Gosto de estar em ambientes com bastante árvores, gosto de estar em contato com o mar, com o sol, com as cachoeiras. E com a própria religiosidade também. Eu pratico a espiritualidade junto com a religiosidade. As minhas práticas religiosas são atreladas à espiritualidade. (Enf, F, K-7)

Não faço nada muito transcendental que me ajude a viver melhor comigo e com os outros. Tenho hábitos que considero hábitos saudáveis, de tentar ter boas relações sociais, dormir bem, praticar atividade física de forma regular, ter momentos de lazer, contato com a natureza, momentos de descanso. (Md, F, A-18)

DISCUSSÃO

Embora não exista consenso científico para esclarecer especificamente o que é religiosidade e espiritualidade, dado o caráter subjetivo do tema, alguns autores propõem diferenciação para efeitos didáticos e de pesquisa. Os conceitos de espiritualidade, religiosidade e religião são relevantes de serem analisados individualmente em termos teóricos^{19,20}.

No entanto, nas práticas e vivências observadas nos ambientes de saúde e outros contextos sociais, percebe-se que esses três fenômenos se inter-relacionam e interagem mutuamente, o que torna desafiador para os pesquisadores alcançarem um consenso sobre o significado específico de cada conceito e suas inter-relações. Além disso, uma definição única poderia ser restritiva, pois esses são fenômenos complexos e multidimensionais¹⁰.

Um dado a se considerar é sobre a maioria dos participantes serem teístas, ou seja, são pessoas que acreditam na existência de uma ou mais divindades ou seres sobrenaturais que exercem influência sobre o mundo e a vida humana. O teísmo inclui uma ampla gama de crenças, desde a fé em um Deus único (monoteísmo) até a crença em vários deuses, chamada de politeísmo²⁰.

Embora muitas pessoas que creem em divindades tenham uma designação religiosa, nem todos os teístas se identificam formalmente com uma religião organizada, podendo ter crenças pessoais sem seguir uma estrutura religiosa específica. Mas é importante saber sobre este perfil, pois crenças, religiões, manifestação de espiritualidade podem influenciar a forma como profissionais de saúde e familiares enfrentam questões de luto, sofrimento e aceitação da morte, por exemplo¹³.

As RS veiculam as ideias e as experiências, e as vivências mostram a dimensão prática de tais RS²¹. Pelos processos de objetivação e ancoragem, observa-se a concretude da ideia e o valor funcional do conceito, permitindo que se compreenda as ações das pessoas e seus grupos frente aos fenômenos^{7,8}. Nesta compreensão, identifica-se nos resultados como a distinção entre espiritualidade e religiosidade emerge nas representações de forma significativa quando a primeira é entendida pela consciência da existência para além do corpo físico, como percepção psíquica que transcende o mundo material.

Por outro lado, a religiosidade está objetivada e ancorada na ideia de prisão, para alguns entrevistados, quando a percepção do transcendente é posta em uma estrutura filosófica específica, em que normas, rituais e doutrinas limitam a liberdade da experiência espiritual. A imagem da prisão comunica que a religião reduz a experiência espiritual ao conformismo com uma visão pré-determinada, onde as respostas já estão definidas, o que pode parecer restritivo para quem busca uma conexão espiritual mais livre e pessoal.

Historicamente, a R/E sempre teve uma conexão com a Enfermagem, mas perdeu relevância com o avanço do positivismo. A partir da década de 1960, com o desenvolvimento de teorias holísticas, esse interesse foi reavivado. A Enfermagem moderna tem se orientado cada vez mais para a humanização do cuidado, distanciando-se do modelo biomédico tradicional. Esse movimento tem tornado as questões relacionadas à R/E mais frequentes nas práticas assistenciais⁶.

O número de pesquisas sobre R/E tem aumentado significativamente, porém como é possível identificar nas UCE destacadas, R/E são termos ainda difusos e frequentemente confundidos pelos profissionais de saúde, pois, embora relacionados, representam conceitos distintos. A religiosidade refere-se à prática e adesão a uma religião específica, manifestada por meio de atividades como participação em rituais religiosos, frequentar templos, rezar ou orar segundo os preceitos daquela religião. Ela envolve, em geral, a adoção de crenças, valores e práticas formalizadas e compartilhadas por uma comunidade de fiéis¹¹.

Por outro lado, a espiritualidade tem uma conotação mais ampla e subjetiva. Está associada a uma busca individual por sentido, propósito e conexão com algo transcendente ou superior, que não necessariamente está ligado a uma religião específica. Em resumo, a religiosidade tende a ser mais institucionalizada e coletiva, enquanto a espiritualidade é uma experiência mais íntima e pessoal, podendo se manifestar dentro ou fora de um contexto religioso. Essa distinção permite que pessoas se sintam espiritualizadas sem, necessariamente, seguir uma religião específica, bem como indivíduos religiosos que vivenciam sua espiritualidade dentro do contexto de sua fé¹¹.

Identifica-se, portanto, que os saberes dos profissionais de saúde sobre religiosidade e espiritualidade assemelham-se a conhecimentos de senso comum, sobre como se entende usualmente o que seja R/E, de forma fluida e intercambiável, com expressões práticas também sem grandes distinções. Isto conduz à reflexão de que se eles assim as entendem, vivenciam e praticam em seus contextos pessoais, assim também deverão fazê-lo em contextos profissionais.

A ausência de estratégias estruturadas para integrar a religiosidade e a espiritualidade no processo de cuidado, aliada à falta de oportunidades de aprendizado e desenvolvimento contínuo, resulta em uma significativa lacuna no entendimento reificado desses fenômenos por parte dos profissionais de saúde. A espiritualidade e a religiosidade desempenham um papel fundamental na vida de muitos pacientes, influenciando suas atitudes em relação à saúde, à doença e ao tratamento. No entanto, sem uma formação que aborde esses aspectos de maneira integrada e profunda, os profissionais podem se sentir despreparados para lidar com questões espirituais e religiosas que surgem no contexto do cuidado^{10,11}, e lidarem com o fenômeno na prática profissional apenas com o arsenal que possuem pelas práticas pessoais.

Estudos realizados evidenciam que a maioria dos estudantes reconhece a importância da abordagem espiritual no cuidado, mas muitas vezes busca referências sobre o tema dentro da própria religião. Essa prática pode ser inadequada, pois, de forma inconsciente, tende a impor crenças pessoais ao tratamento do paciente, o que pode comprometer a imparcialidade e a abordagem holística necessária no cuidado à saúde. Cada paciente possui crenças e valores religiosos e espirituais únicos, e, ao transferir suas próprias convicções, o profissional corre o risco de desconsiderar a diversidade religiosa ou espiritual do paciente, prejudicando a qualidade do cuidado e o respeito às suas escolhas^{11,22}.

No Brasil, apesar de haver consenso entre os profissionais de saúde sobre a importância de incorporar a R/E na prática assistencial, essa abordagem ainda enfrenta desafios. A dificuldade reside no fato de que, apesar de ser reconhecida como essencial para um cuidado mais humano e efetivo, ainda não há um consenso claro sobre como introduzir e estruturar essas competências no currículo dos cursos da saúde e, mais ainda, como aplicá-las na prática clínica cotidiana²³.

Estudo de revisão indica que há limitações no cuidado humanizado prestado por enfermeiras a crianças em estado terminal, pois ao tempo em que precisam oferecer apoio psicossocial à criança e sua família, tem que lidar com suas próprias emoções²⁴, e na especificidade do câncer pediátrico, a dificuldade de integrar a espiritualidade no cuidado de enfermagem se evidencia pela desvalorização do tema ou incapacidade de identificação das necessidades espirituais da criança e de sua família, em razão da falta de conhecimento²⁵.

O cuidado em situações de terminalidade pediátrica exige habilidades de comunicação delicadas, empatia e apoio emocional para as famílias, que vão além das competências técnicas tradicionais. A falta de um modelo de ensino que aborde a R/E e a resistência a mudanças nos currículos podem ser fatores que dificultam a formação integral do profissional de saúde, tornando a aplicação da R/E, especialmente em contextos difíceis como a terminalidade, uma tarefa desafiadora para muitos profissionais¹¹. E sem formação apropriada, há alta probabilidade de não se tratar adequadamente destas dimensões humanas ou mesmo de ocorrer omissão, reverberando em uma não atenção humana, necessária ao cuidado integral.

A complexidade dos conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade frequentemente gera divergências quanto à sua validade científica e relevância para a área e isso se apresenta como um obstáculo à inclusão do tema na formação em saúde⁶. No entanto, é importante destacar que a adoção de uma definição única para esses fenômenos pode restringir tanto o escopo das pesquisas quanto a vivência subjetiva desses aspectos⁶, como também as possibilidades de aplicações na prática de cuidados às pessoas.

A falta de um aprofundamento teórico na formação pode fazer com que o profissional desenvolva uma visão predominantemente técnica e biomédica da R/E na prática clínica, negligenciando aspectos fundamentais da experiência do paciente. Isso pode gerar desconforto e falta de preparo ao lidar com pacientes e famílias cujas crenças influenciam diretamente na maneira como eles encaram a saúde, a doença, a vida e a morte²⁰. Além disso, a ausência de uma formação adequada sobre R/E pode levar à falta de sensibilidade cultural. Profissionais sem preparo acadêmico formal no âmbito da R/E aplicadas à saúde e ao cuidado podem inadvertidamente desrespeitar ou ignorar crenças do paciente e de sua família, gerando desconforto, comunicação ineficaz e até conflitos éticos.

Nesse contexto, conhecer as RS de religiosidade e espiritualidade dos profissionais de saúde que atuam no cuidado em situações de terminalidade pediátrica é importante porque representações orientam decisões e atitudes, justificando as posições dos indivíduos frente a fenômenos específicos⁹. Assim, a maneira como cada profissional entende a R/E e as aplicará na prática, caso se veja diante de uma situação que o convoque para tal, será, em grande parte, moldada por suas crenças e experiências pessoais em relação a elas.

Essa variabilidade nas abordagens dessas temáticas devido às RS de religiosidade e espiritualidade reflete a complexidade do cuidado em terminalidade na vida infantil, contexto em que atuam os participantes desta pesquisa. Por isso, o desenvolvimento de uma formação em R/E pode considerar as experiências e vivências pessoais dos profissionais para promover a autocompreensão sobre suas práticas, como também as lacunas na compreensão reificada desses fenômenos. Isto, em seu conjunto, poderá ser uma maneira de auxiliar na construção de práticas mais coerentes e empáticas, em campo profissional. Dessa forma, os profissionais estariam mais aptos a oferecer um cuidado integral e qualificado com respaldo técnico e científico, em respeito às dimensões religiosas e espirituais do paciente e de sua família, mesmo em contextos desafiadores.

Para os participantes desta pesquisa, a religiosidade é um componente da crença que oferece suporte e permite que as pessoas encontrem sentido nos acontecimentos do dia a dia, ajudando-as a se manterem firmes em seus propósitos e a acreditarem em algo superior. Vai além da prática religiosa ou da simples dedicação a uma religião. Trata-se de um estilo de vida e uma maneira de interpretar o cotidiano, envolvendo dogmas, rituais, práticas e costumes específicos.

As representações dos participantes revelam que o conceito de religiosidade é bem amplo, e não existe um consenso definido sobre ele. O que prevalece é a ideia de que a religiosidade está ligada a aspectos como doutrina, fé, uma religião específica, crença em um ou mais seres ou força superior, práticas, dogmas e rituais religiosos, podendo se expressar de diferentes formas.

Quanto à espiritualidade, os participantes expressaram que esse conceito está relacionado à essência interior de cada pessoa, à sua conexão com aspectos profundos de si mesma e com elementos da natureza, como o mar, o sol e as árvores. Trata-se de um modo de viver, acreditando em energias positivas e negativas, emanar boas vibrações e confiar que existe algo acima dos homens que oferece respostas e orientações para a vida. Embora possa abranger a religiosidade, nem todas as pessoas que vivenciam a espiritualidade seguem ou possuem uma prática religiosa.

Os participantes que não se identificaram como pessoas espiritualizadas, ao serem questionados sobre suas estratégias para promover o bem-estar pessoal e interpessoal, mencionaram hábitos como dormir adequadamente, praticar atividades ao ar livre e manter boas relações sociais. No entanto, esses aspectos não foram por eles relacionados ao conceito de espiritualidade.

O objeto R/E mobiliza vivências e experiências nos participantes, amparadas em suas crenças e pensamentos sobre questões existenciais, o que marca a formação de representações individuais. No entanto, também se identificam pensamentos e ações comuns, o que pode dar indícios de compartilhamento de representações em direção as representações sociais. Observa-se que há um pensamento mais consensual que diz respeito ao que constitui a espiritualidade, com poucas variações nas respostas, sendo destacada a conexão com algo superior sem a necessidade de uma religião específica. No entanto, também se percebeu fluidez entre R/E, o que indica uma lacuna entre a teoria e a prática, o saber e o fazer, o que pode ser atribuído a um escasso acesso a informações reificadas no ensino de R/E durante a formação profissional e na participação em eventos científicos relacionados ao tema²³.

Estas considerações indicam que a incorporação de conhecimentos sobre o objeto R/E no contexto cultural no qual vivem os participantes da pesquisa, em especial da formação profissional no campo da saúde, os convoca a convergir determinadas ideias e práticas sobre a R/E em contextos clínicos. Daí é possível que se apreenda RS de R/E, que traduzem as relações que as representações individuais estabelecem no campo funcional e social em que o fenômeno ocorre, que no caso desta pesquisa é o cuidado à criança em situação de terminalidade, permitindo a compreensão intersubjetiva dos membros deste grupo profissional, a partir de experiências práticas semelhantes¹⁵.

Como já abordado, ao se aplicar a TRS nos estudos de objetos psicossociais, destacam-se a objetivação e a ancoragem como processos sociocognitivos^{7,9} que fazem com que uma ideia abstrata ganhe forma em uma imagem concreta e próxima, com mais familiaridade ao que é previamente conhecido, compreendido e aceitável. Na UCE da UCI 2, observa-se que uma aproximação das religiões à ideia de times de futebol com suas torcidas, numa concepção de sectarismo relacionado às religiões, ou seja, de grupos intolerantes com apegos exagerados ao seu próprio ponto de vista. Ao abordar a religião a partir desta compreensão, traz-se para o centro a ideia de disputa, aceitável como num jogo de futebol, em que os lados sempre entram para ganhar e não propriamente para se aceitarem em convivência pacífica. E, ainda, se considera a questão do conflito entre torcidas, que no caso das religiões seria entre seus seguidores ou praticantes.

É interessante destacar este processo, pois se o conhecimento de sentido comum sobre religiosidade/religião ocorre de maneira difusa e ancorada em campos de disputas, as práticas de atenção/cuidado poderão ser interditadas quando as religiões das famílias e dos profissionais forem diferentes, amparadas em concepções antagônicas sobre o processo de nascer-viver-morrer, por exemplo. Por isso a abordagem do tema R/E na formação profissional é tão importante, pois, além de introduzir o conhecimento formal sobre o tema, sensibiliza os profissionais para as diferentes correntes de compreensão sobre os processos de nascer-viver-morrer.

A carência nos componentes curriculares dos cursos superiores na área da saúde destaca a importância de investimentos em programas de pós-graduação e capacitações contínuas no ambiente de trabalho, como formas de educação permanente, para atender às necessidades das pessoas com uma abordagem mais abrangente e voltada para a integralidade do cuidado²³.

Estudo qualitativo realizado com 38 enfermeiros atuantes em setores de cuidados paliativos de um hospital público mostrou que o não preparo formal relativo aos cuidados à dimensão espiritual dos pacientes comprometem a realização do cuidado integral, sendo a educação permanente apontada como uma boa estratégia para minimizar esta carência na formação²⁶.

Esta questão do não preparo formal também se evidencia na China continental, onde há escassez de pessoal especializado para prestar cuidados espirituais aos pacientes. Não obstante, uma pesquisa qualitativa realizada com médicos, enfermeiros e assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos pediátricos mostrou que, embora não seja formalmente organizado, o apoio espiritual é fornecido individualmente nos serviços, mas se fazem necessárias estratégias de educação e treinamento para que se crie a cultura deste cuidado e se estruture melhor o trabalho²⁷.

As práticas de R/E manifestam-se no cotidiano dos profissionais de saúde de diversas maneiras, principalmente em suas rotinas pessoais. A religiosidade e a espiritualidade são amplamente reconhecidas como aspectos essenciais da subjetividade humana, contribuindo para a organização da vida e a construção de significado para as pessoas. Além disso, elas influenciam de forma integrada o bem-estar físico, mental, cultural e espiritual. As questões relacionadas à R/E promovem um diálogo entre ciência e fé no contexto do atendimento em saúde, valorizando não apenas a vida e a trajetória de cada criança atendida, mas também a experiência pessoal de cada profissional de saúde em sua vida fora do ambiente de trabalho²³.

A R/E dos profissionais de saúde que atuam com crianças em fase terminal são fatores de grande relevância, em apoio ao desempenho diário de suas atividades e contribuindo para a qualidade do cuidado oferecido. A prática da R/E torna os profissionais mais atentos às necessidades dos pacientes, permitindo um modelo de cuidado mais amplo e humanizado. Além disso, quando há uma presença significativa de espiritualidade e suporte espiritual na equipe multidisciplinar, as necessidades espirituais e religiosas das famílias dos pacientes, que se encontram vulneráveis diante

da proximidade da morte, também são atendidas. Em outras palavras, a crença do profissional é um fator determinante na forma como ele cuidará do paciente e de seus familiares²⁸.

Contudo, a literatura sobre esse tema é limitada, pois a maioria dos estudos sobre espiritualidade e religiosidade na terminalidade enfoca principalmente os pacientes como objeto de análise. A R/E é essencial para auxiliar os profissionais a enfrentarem a perda de pacientes, além de fortalecer seu bem-estar cotidiano, permitindo que integrem práticas espirituais e religiosas em sua vida pessoal²⁸.

A R/E no cotidiano dos profissionais de saúde desempenha um papel significativo, tanto em seu bem-estar pessoal quanto em sua prática profissional. Esses elementos servem como fontes de suporte emocional, resiliência e sentido, ajudando-os a enfrentar os desafios e o estresse diários característicos de suas funções. A prática espiritual ou religiosa pode proporcionar momentos de reflexão e fortalecimento interior, o que auxilia os profissionais a lidarem com a dor, a perda e a complexidade dos casos que atendem^{29,30}.

Além disso, a crença pessoal pode promover uma maior abertura para a escuta e um respeito genuíno pelas vivências do paciente, o que facilita a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo. O profissional que integra suas crenças à prática pode, muitas vezes, oferecer suporte adicional, especialmente em momentos de sofrimento ou em situações de final de vida, ajudando os pacientes e seus familiares a encontrarem conforto e significado.

Por outro lado, essa influência da R/E do profissional exige um equilíbrio ético, para que as crenças pessoais não sobreponham as necessidades e crenças do paciente. Em um ambiente de saúde diverso, o desafio está em oferecer um atendimento compassivo e respeitoso, independentemente das diferenças culturais ou religiosas entre profissional e paciente, respeitando sempre a autonomia e as particularidades de cada indivíduo e sua família⁵.

Compreender as dimensões religiosa e espiritual dos pacientes pode ajudar os profissionais de saúde a melhorarem a qualidade do cuidado, respeitarem as crenças das famílias e proporcionarem um apoio emocional mais adequado, promovendo uma abordagem mais holística e sensível durante a terminalidade em pediatria.

Limitações do estudo

A limitação do estudo é metodológica, em razão de ter sido feita em apenas uma instituição hospitalar, com finalidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da cidade do Rio de Janeiro. A ampliação da investigação em outros campos potencializa os resultados e, por conseguinte, as contribuições para a área da saúde e da enfermagem pediátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As RS de espiritualidade e religiosidade de profissionais de saúde atuantes no cuidado a crianças em situações de terminalidade são atravessadas por múltiplos significados, saberes e práticas, oriundas de suas experiências e vivências pessoais, com fluidez entre os conceitos. Isto anuncia potenciais representações individuais sobre o objeto representado. Não obstante, identificam-se discursos assemelhados de que R/E são fontes de conforto, orientação e apoio emocional para os profissionais de saúde, estabelecendo uma conexão com o transcendente e promovendo segurança e confiança, especialmente em momentos de adversidade. As manifestações de R/E incluem práticas como orações, participação em celebrações religiosas, leitura do evangelho, agradecimentos ao universo, meditação, conexão com a natureza e ações de bondade.

Embora alguns profissionais não se identifiquem com uma religião específica, muitos expressam crenças espirituais que influenciam positivamente sua visão de mundo e suas relações interpessoais. Embora os profissionais possuam concepções sobre R/E, advindas de RS, estas ainda carecem de aprofundamento filosófico e científico, para que possam ser aplicadas em campo técnico-profissional. Reconhecer e integrar essas dimensões humanas nas práticas de cuidado, sobretudo no contexto da terminalidade pediátrica, é essencial para um cuidado mais sensível, acolhedor e integral.

Para vencer os desafios da abordagem da R/E na prática profissional, há que se incluir os temas na formação, de forma estruturada e, além disso, promover espaços institucionais para reflexão crítica e compartilhamento de experiências sobre a temática. Tal cenário aponta para a necessidade de investimentos em estratégias de educação permanente, que promovam o desenvolvimento de competências relacionais e uma escuta qualificada, capaz de acolher as diversas manifestações de religiosidade e espiritualidade presentes no ambiente de cuidado, respeitando as singularidades de pacientes, familiares e profissionais. A incorporação sistemática desses temas nos processos formativos representa um passo fundamental para o fortalecimento de uma abordagem humanizada e integral, comprometida com a complexidade do cuidado e com o reconhecimento da subjetividade como elemento constitutivo da atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rossato L, Sena BTS, Nascimento LC, Scorsolini-Comin F. Religiosity/spirituality (R/S) in professional practice in pediatric oncology: resource or protocol? *Cienc Psicol.* 2022 [cited 2025 Jan 05]; 16(2):e2324. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2324>.
2. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MCC, Couto PLS, França LCM, Silva AN. Spirituality and Religiosity in health care: an integrative review. *Cogitare Enferm.* 2019 [cited 2025 Jan 05]; 24:e58692. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.
3. Gomes AMT, Silva CM, Brandão JL, Couto PLS, Mercês MC, Araújo MAC et al. Spirituality and religiosity for umbandist and candomblecist women: social representation and health implications. *Ciênc. saúde coletiva.* 2023 [cited 2025 Jan 10]; 28(9):2721-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023289.20172022EN>.
4. Cunha VF, Almeida AA, Pillon SC, Fontaine AMG, Scorsolini-Comin F. Religiosity/spirituality in nursing practice: an integrative review. *Rev Psicol Saude.* 2022 [cited 2025 Feb 04]; 14(2):131-50. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1287>.
5. Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. West Conshohocken: Templeton Press; 2013.
6. Scorsolini-Comin F, Pillon SC, organizadores. *Enfermagem psiquiátrica: como ensinamos?* Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da EERP-USP. 2023 [cited 2025 Feb 04]; 180 p. 2022. Available from: <https://www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/1450>.
7. Moscovici S. *A psicanálise sua imagem e seu público.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
8. Jodelet D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. *Soc Estado.* 2018 [cited 2025 Jan 21]; 33(2):423-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302007>.
9. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *Representações Sociais.* Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.
10. Rossato L, et al. Religiosity/spirituality from the perspective of nursing students: group experience report. *Rev Saude Desenvol Humano.* 2021 [cited 2025 Feb 02]; 9(2):6879. DOI: <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i2.6879>.
11. Marinho PRS, Silva JP. Religiosity/spirituality in the health professional training process: experience report. *Rev Psicol Divers Saude.* 2024 [cited 2025 Mar 20]; 13:e5206. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsd.2024.e5206>.
12. Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *REBESDE.* 2022 [cited 2025 Jul 31]; 3(2):e-017. DOI: <http://dx.doi.org/10.33872/rebesde.v3n2.e017>.
13. Bezerra JN, Evangelista CB, Cruz RAO, Ferreira FA. Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Rev Interscientia.* 2019 [cited 2025 Jan 15]; 7(2):160-73. DOI: <https://doi.org/10.26843/interscientia.v7i2.930>.
14. Forti S, Serbena CA, Scaduto AA. Spirituality/religiosity measurement and health in Brazil: a systematic review. *Cienc Saude Colet.* 2020 [cited 2025 Jan 15]; 25(4):1463-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>.
15. Lahlou S. Social Representations and Individual Representations: What is the difference? And why are individual representations similar? *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics.* 2021 [cited 2025 Apr 12]; 18(2):315-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.22363/2313-1683-2021-18-2-315-331>.
16. Morera JAC, Padilha MI, Silva DGV, Sapag J. Theoretical and methodological aspects of social representations. *Texto Contexto Enferm.* 2015 [cited 2025 Feb 02]; 24(4):1157-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>.
17. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018 [cited 2023 Nov 10]; 52(4):1893-907. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.
18. Rego A, Cunha MP, Meyer Junior. V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? *Linhas práticas de orientação. Rev. de Gest. dos Países de Líng. Port.* 2019 [cited 2025 Jul 23]; 17(2):43-57. DOI: <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>.
19. Raddatz JS, Motta RF, Alminhana LO. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. *Psico-USF.* 2019 [cited 2025 Feb 15]; 24(4):699-709. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240408>.
20. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
21. Santos EAS, Campos PHF. As representações sociais como teoria e como prática. *Frag.* 2022 [cited 2025 Mar 19]; 32(2):181-90. DOI: <https://doi.org/10.18224/frag.v32i2.12267>.
22. Esperandio MRG, Souza YQ, Nadalin O, Hefti R. Spirituality in clinical practice: the perspective of brazilian medical students. *J Relig Health.* 2021 [cited 2025 Mar 18]; 60(3):2154-69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01141-1>.
23. Silva Filho JA, et al. Religiosity and spirituality in mental health: nurses' training, knowledge and practices. *Rev Bras Enferm.* 2022 [cited 2025 Apr 10]; 75:e20200345. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0345>.
24. Primo PV, Santos AL, Santana BBSB, Soares KS, Matos GOS, Souza MC. Humanização do cuidado de enfermagem em crianças em estado terminal: práticas e desafios. *REASE.* 2025 [cited 2025 Ago 6]; 11(3):1704-1714. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i3.18434>.
25. Silva JEG, Maciel IS, Pontes GO, França JRF, Buck ECS, Dias TKC. Rev. A espiritualidade no cuidado paliativo de enfermagem à criança com câncer: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Nova Esperança.* 2024 [cited 2025 Ago 6]; 22(3):401-12. DOI: <https://doi.org/10.17695/rcsne.vol22.n3.p401-412>.
26. Oliveira LAF, Oliveira AL, Ferreira MA. Nurses' training and teaching-learning strategies on the theme of spirituality. *Esc Anna Nery.* 2021 [cited 2025 Apr 10]; 25(5):e20210062. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0062>.
27. Cheng L, Cai S, Zhou X, Zhai X. In Every Detail: Spiritual care in pediatric palliative care perceived by healthcare providers. *J Pain Symptom Manage.* 2024 [cited 2025 Ago 6]; 67(2):167-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.005>.

28. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [cited 2025 Apr 14]; 52:e03392. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
29. Andrade BRV, Cunha JXP, Biondo CS. The resilience of nurses in caring for children who experience terminality. *Rev Enferm UFSM*. 2020 [cited 2025 Apr 13]; 10:e88. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769240348>.
30. Garcia VS, Riveros ER. Experiência de enfermeiros pediátricos intensivos na morte de uma criança: experiências, lesão, aspectos bioéticos. *Cienc Doente*. 2013 [cited 2025 Apr 09]; 19(2):111–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>.

Contribuições dos autores

Concepção, T.G.L.A. e M.A.F.; metodologia, T.G.L.A. e M.A.F.; software, M.A.F.; validação, T.G.L.A. e M.A.F.; análise formal, T.G.L.A.; investigação, T.G.L.A.; recursos, T.G.L.A. e M.A.F.; curadoria de dados, T.G.L.A. e M.A.F.; redação, T.G.L.A. e M.A.F.; revisão e edição, T.G.L.A.; visualização, T.G.L.A. e M.A.F.; supervisão, T.G.L.A. e M.A.F.; administração do projeto, M.A.F. Todas as autoras realizaram a leitura e concordaram com a versão final do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

As autoras declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “Religiosidade e espiritualidade de profissionais de saúde que cuidam de crianças e suas expressões práticas”.