

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

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

Thamires Goulart Lambranh de Azevedo¹ ; Márcia de Assunção Ferreira¹ 

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

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.

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

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. Aproveu-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.

INTRODUCCIÓN

La inclusión de la espiritualidad en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud en 1998 impulsó las investigaciones destinadas a comprender su impacto en las condiciones de vida de la población¹. Estudios han demostrado la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y el afrontamiento de la enfermedad, y destacan su influencia en la promoción de la salud y el proceso de rehabilitación².

Religiosidad y espiritualidad (R/E) son conceptos distintos, y abordarlos plantea desafíos significativos, especialmente en el ámbito sanitario, considerando sus implicaciones sociales y culturales. La religiosidad se refiere a la experiencia de valores y prácticas asociadas con la religión y puede manifestarse intrínsecamente, a nivel personal, como a través de oraciones y lecturas, o extrínsecamente, a nivel colectivo, mediante la participación en cultos, misas y encuentros religiosos. La espiritualidad, por otro lado, es un concepto más amplio, relacionado con creencias y prácticas que pueden o no implicar fe en estados o entidades sobrenaturales. Sin embargo, su definición es esencialmente subjetiva e individualizada⁴.

La religiosidad y la espiritualidad son ampliamente reconocidas como dimensiones fundamentales de la atención sanitaria y pueden influir en la percepción de las experiencias en los procesos de salud, enfermedad, tratamiento y sanación, en lo que se refiere a las dimensiones físicas, emocionales o mentales, incluidas influencias en la atención, ya sea relacionada con el autocuidado o con decisiones profesionales⁵. En este sentido, religiosidad y espiritualidad son objetos importantes de estudio en el campo de la salud.

A pesar de esta relevancia, aún existen pocas iniciativas que garanticen su incorporación efectiva en los currículos académicos, como, por ejemplo, en Enfermería, lo que limita el abordaje de estos aspectos en la formación profesional⁶. Por lo tanto, resulta fundamental investigar la religiosidad y la espiritualidad de los profesionales de salud que atienden a niños, buscando comprender sus conocimientos sobre estos temas y cómo los aplican en sus prácticas personales. Esto remite a la necesaria relación entre conocimiento y práctica.

Tales consideraciones respecto del conjunto de percepciones, conocimientos, prácticas y comportamientos que las personas incorporan en función de la R/E permiten formalizarlas como fenómenos de representaciones sociales (RS), pues reflejan construcciones colectivas que comunican creencias, valores, opiniones y comportamientos característicos de grupos específicos, en coincidencia con los aportes de Moscovici⁷ y Jodelet^{8,9}, respecto de la construcción de significados sobre la realidad, compartidos en interacciones, basados en culturas y situados en contextos históricos determinados.

En el contexto de la atención a niños con enfermedades terminales, aún existen pocos estudios que analicen la influencia de la espiritualidad y la religiosidad en la práctica de los profesionales que los atienden. Este panorama revela un interés limitado por parte de la comunidad científica por comprender los mecanismos que sustentan esta relación en los cuidados paliativos².

Desde esta perspectiva, este estudio tuvo como objetivo identificar los conocimientos y prácticas personales sobre la religiosidad y la espiritualidad de médicos y equipos de enfermería que actúan en el cuidado del niño en fase terminal, con el fin de contribuir a reflexiones que amplíen el debate sobre la integración de estos aspectos en la atención a la salud.

MARCO TEÓRICO

La comprensión de los procesos de salud y enfermedad está en constante evolución, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta una perspectiva dinámica que integra la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual. Si bien factores como la religiosidad y la espiritualidad son fundamentales para las condiciones de vida, durante mucho tiempo se han descuidado en las prácticas sanitarias. Sin embargo, estos aspectos han cobrado cada vez más importancia y se incorporan cada vez más a la atención, lo que enfatiza su relevancia práctica⁶.

El modelo biomédico, con enfoque cartesiano, se centra en los sistemas y órganos, poniendo el foco principal en los aspectos biológicos de la enfermedad, lo que resulta en una visión fragmentada del cuerpo humano. En este modelo, se subraya el diagnóstico nosológico y el tratamiento físico, y la complejidad del ser humano en su conjunto a menudo queda relegada a un segundo plano. Esta visión limitada dificulta una comprensión más integral del paciente y resulta en una atención fragmentada y centrada en la patología. Esto ha sido cuestionado, con lo cual se ha abierto el camino para la implementación de otro modelo, el modelo biopsicosocial, con una perspectiva más abarcativa e integradora¹⁰⁻¹².

Este movimiento, con debates sobre los paradigmas biomédico y biopsicosocial, se ha intensificado en las últimas décadas con la expansión del concepto de salud, que ha exigido la incorporación de un enfoque más integral, que abarque no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales y espirituales. En 1998, la OMS amplió su concepto multidimensional de salud, al reconocer la dimensión espiritual como parte de la calidad de vida, junto con los aspectos físicos, psicológicos y sociales¹⁰.

Como resultado, la integración de la R/E se ha explorado cada vez más como una forma de enriquecer las prácticas asistenciales y abordar la enfermedad. Este interés se refleja en la diversidad de instrumentos y escalas que incorporan la atención R/E, algunos de los cuales facilitan la comunicación y la exploración de creencias espirituales, fomentando una atención más humanizada¹³.

En Brasil, el interés en este tema ha crecido en los últimos años, impulsado por la diversidad religiosa del país y el compromiso de los profesionales de la salud con un enfoque holístico, que abarca aspectos biopsicosociales y espirituales^{10,11,14}.

La exploración de conocimientos y prácticas en esta investigación se realizó a través de las RS, que reúnen representaciones individuales funcional y socialmente vinculadas al objeto representado en una población y facilitan la comunicación y la acción dentro de esta¹⁵. Corresponden a procesos de pensamiento en los que los individuos internalizan objetos simbólicos que influyen en sus prácticas¹⁶.

En el contexto profesional, estas representaciones no se originan únicamente en la formación académica, sino que se configuran a lo largo de la vida mediante experiencias e interacciones sociales¹². En ese marco, comprender estas construcciones nos permite analizar cómo los profesionales de la salud integran tanto el conocimiento técnico-científico como el adquirido a través de sus experiencias.

Este estudio adoptó un enfoque procesual para comprender las representaciones sociales (RS) de un grupo, examinándolas a través de discursos y comportamientos relacionados con el objeto de investigación. Este enfoque buscó alcanzar el objetivo de investigación de identificar cómo se construye el conocimiento sobre los fenómenos estudiados y cómo este orienta las prácticas de cuidado. Esto implica analizar los procesos de pensamiento de los participantes en estudios de RS. Así, buscamos explorar quién posee el conocimiento, desde qué posición social se expresa, qué procesos contribuyeron a su construcción y qué efectos genera este conocimiento en la práctica profesional.

MÉTODO

Estudio cualitativo y descriptivo que busca comprender la complejidad que implica el conocimiento y las prácticas de religiosidad y espiritualidad en la cotidianidad de los profesionales de la salud. Este enfoque permite explorar las experiencias vividas y proporciona un análisis profundo del fenómeno en estudio. Para ello, la investigación se fundamenta en la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS)⁷ y adopta su enfoque procedimental⁸ para investigar cómo estos conceptos se construyen, comparten y aplican en la práctica profesional.

El estudio se realizó en tres unidades pediátricas de una institución pública federal de Río de Janeiro: la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP), la Enfermería Pediátrica (EP) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UI). Estas unidades atienden a pacientes desde los 29 días de vida hasta los 18 años. Cada unidad cuenta con su propia estructura y equipos dedicados a la atención de niños en diferentes niveles de complejidad clínica, incluidos cuidados intensivos, semi-intensivos y de baja a mediana complejidad.

El grupo de participantes estuvo compuesto por enfermeros, médicos y técnicos de enfermería asignados a los departamentos seleccionados, con turnos diurnos y nocturnos, que brindaban atención directa y continua a pacientes pediátricos. Se incluyó a todos los profesionales del grupo que habían trabajado en estos departamentos durante al menos un año, brindando atención directa a pacientes pediátricos. Los criterios de exclusión fueron: profesionales residentes, profesionales con vacaciones o baja médica durante el período de recolección de datos, y aquellos que no brindaban atención directa a niños hospitalizados en los departamentos de investigación. Se invitó a los profesionales que cumplieron con los criterios, y no hubo bajas tras la aceptación.

El número total de profesionales que cumplieron los criterios fue de 30 participantes. El muestreo cualitativo fue intencional y no probabilístico. Para reclutar a los participantes, el investigador realizó visitas a los sectores seleccionados para establecer un contacto inicial con profesionales de la salud, presentar la investigación, responder preguntas y proporcionar información relevante sobre el estudio.

En investigaciones sobre el tamaño muestral, se ha recomendado un número aproximado de 30 entrevistas como guía para los investigadores en muestras cualitativas, pero la confianza en los resultados debe orientarse hacia los objetivos, la postura teórica y el marco analítico que se aplicará en la investigación. En este sentido, la saturación de datos sigue siendo un parámetro para lograr la solidez de las afirmaciones basadas en los datos producidos^{17,18}.

Durante estas visitas, se invitó a los profesionales a participar en la investigación y, tras su aceptación, proporcionaron su número de teléfono para programar entrevistas oportunamente. El reclutamiento de participantes se completó mediante un análisis previo del contenido durante las entrevistas. Una vez establecido el marco empírico de la investigación, aplicando el criterio de saturación de datos¹⁴, se completó el proceso de reclutamiento con 30 profesionales, 10 de cada categoría profesional.

La recopilación de datos se realizó entre abril y julio de 2024 mediante entrevistas semiestructuradas. Se administró un instrumento de dos partes. La primera consistió en preguntas objetivas para describir los perfiles socioprofesionales y demográficos de los participantes, con datos como: profesión, tiempo desde su graduación, edad, sexo/género, especialización, enfoque del tema desde el pregrado y religión. La segunda consistió en un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas sobre conocimientos generales acerca de la religiosidad y la espiritualidad, sus opiniones al respecto y cómo practican la religiosidad/espiritualidad en su vida personal. Las entrevistas fueron realizadas por la primera autora, enfermera pediátrica, quien también fue responsable de las transcripciones. La segunda autora participó en el desarrollo de los instrumentos, la revisión del *corpus* y su procesamiento en el *software*.

Cabe destacar que se realizó una prueba piloto con tres profesionales, uno de cada categoría, que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio, pero no fueron incluidos en el diseño muestral cualitativo. Tras la prueba, no fue necesario realizar ajustes en los instrumentos. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 20 y 40 minutos, con grabación de voz en un dispositivo electrónico. Las grabaciones de audio de las entrevistas fueron posteriormente transcritas por las investigadoras.

Los datos sociodemográficos se organizaron en hojas de cálculo de Excel 2007 y se analizaron mediante estadística descriptiva simple y porcentajes. Las entrevistas se transcribieron y se sometieron a análisis lexicográfico y lexicométrico con el software Alceste® (versión 2012), sobre la base de un único *corpus* estructurado según las normas del programa.

El protocolo de investigación fue aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo con las directrices éticas establecidas para la investigación con seres humanos. La recolección de datos comenzó únicamente tras haber obtenido la autorización correspondiente y tras la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado por parte de los participantes.

La identidad de los participantes fue preservada por los códigos: Técnico de Enfermería (TE); Médico (Md); Enfermero (Enf); Femenino (F); Masculino (M); en cuanto a la religión: Ateo (A), Agnóstico (Ag), Católico (C), Evangélico (E), Umbandista (U), Candomblecista (Cd), Kardecista (K) y Sin religión específica (Sre), seguido del número secuencial de la entrevista (de 1 a 30).

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 30 profesionales de la salud y mostró un predominio del sexo femenino, correspondiente al 86,7%. En cuanto al rango de edad de los participantes, se observó que el predominio en este estudio fue de participantes entre 40-49 años (30%), seguido de 30-39 años (23%); en el grupo de edad de 20-29 años hubo 13%, y los grupos de edad de 50-59 años y más de 60 años representaron el 17% cada uno. En cuanto al tiempo de formación, se observó un predominio de participantes con más de 20 años de formación, que representaron el 50% de la muestra; cabe destacar que el grupo de edad con menos de cinco años de formación registró 7%, mientras que quienes tenían entre 6-10 años y 11-15 años representaron 17% cada grupo, en tanto que el grupo de edad que oscilaba entre 16-19 años compuso 10% de la muestra. Respecto a la variable posgrado/especialización, se advierte el predominio de quienes sí lo completaron, que integraron 86,7% de la muestra, mientras que apenas un 13,3% de los participantes no poseía ningún posgrado o especialización.

También se observó un mayor predominio de teístas, es decir, creyentes en una o más deidades, que representaron el 83,3% de la muestra; el ateísmo se manifestó en un 10%, y los agnósticos representaron el 7%. Según las denominaciones religiosas, la mayoría de los participantes eran espiritistas kardecistas, que representaron el 30% de la muestra, seguidos por católicos (23,3%) y evangélicos (20%). Los participantes sin religión representaron el 20% de la muestra, y los candomblecistas o practicantes de umbanda representaron el 6,7%, el porcentaje más bajo de esta población.

Respecto a la variable “presencia de espiritualidad”, se advierte el predominio de profesionales de la salud que se consideran espirituales, quienes representaron el 90% de la muestra, con solo un 10% de participantes no espirituales.

En cuanto a la variable “abordaje de la temática R/E durante la formación profesional”, hubo predominio de profesionales que no tuvieron esa temática abordada en su formación profesional, correspondiendo al 76,7% de la muestra, seguido de apenas por 23,3% de participantes que sí tuvieron esas temáticas abordadas durante su formación.

El *corpus* procesado por el software Alceste® consta de 30 unidades de contexto inicial (UCI) y siete variables. El número total de formas contenidas en el *corpus* fue de 81.917, con 5.187 formas distintas analizadas y 1.027 formas para análisis tras la reducción. El promedio de palabras analizadas por unidad de contexto elemental (UCE) fue de 18,18.

La tasa de utilización del *corpus* del software fue del 75%, con los textos subdivididos en 1.417 UCE distribuidos en dos bloques con cuatro clases léxicas. Este estudio se centra en las clases léxicas 3 y 4, que identifican conocimientos y prácticas relacionados con la religiosidad y la espiritualidad (R/E) y su impacto en la vida diaria de los profesionales de la salud. La Tabla 1 consta de las clases 3 y 4, que tienen léxicos con significados similares. Sin embargo, las clases fueron separadas puesto que existen diferencias que deben considerarse. La clase 3 retuvo el 9 % del *corpus*, con 128 UCE y 102 palabras analizables, y la clase 4 retuvo el 14% del *corpus*, 194 UCE y 116 palabras analizables. La clase 3 revela las concepciones de los profesionales sobre R/E, así como las lagunas en su comprensión de estos fenómenos. La clase 4 destacó cómo las prácticas vinculadas a la R/E se expresan en las experiencias personales de los profesionales.

Tabla 1: Dendrograma de Clasificación Jerárquica Descendente, basado en entrevistas con profesionales médicos y de enfermería de un hospital pediátrico (n=30). Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2024 .

Clase Léxica 3		Clase Léxica 4	
Concepciones de los Profesionales		Prácticas Personales	
Forma	Phi	Forma	Phi
diferenci+	0,33	Me_gust	0,35
espiritualiz+	0,29	relac+	0,30
dogma	0,27	frecuent+	0,27
practicas_c+	0,28	vida_diar	0,26
exist+	0,27	practic+	0,23
especif+	0,25	orac+	0,22
necesaria	0,25	Hace	0,22
segu+	0,25	me_gust+	0,22
visi+	0,22	Dia	0,22
Rito	0,22	fac+	0,21
normas	0,20	Iglesia	0,21
naturaleza	0,20	agradec+	0,20
fuerza_sup +	0,20	despert+	0,20
religiosidad	0,20	Hábito	0,19
Fuerza	0,20	Leer	0,18
religi+	0,19	teng+	0,18
considerar+	0,19	Voy	0,17
concepto	0,18	protección	0,17
espirituali+	0,18	Bendec+	0,16
practicas_c +	0,18	crist+	0,15
ampli+	0,18	religi+	0,15
Creer	0,18	biblia +	0,15
Más grande	0,18	dorm+	0,15
implicar+	0,18	Culto	0,15
divin+	0,18	rez+	0,15
superior	0,17	óper+	0,15
conex+	0,16	ador+	0,14

Clase 3: Expresiones del conocimiento de los profesionales sobre R/E: Lagunas en la comprensión de estos fenómenos

La clase léxica 3 representa el 9% del total de UCE del *corpus* de análisis y consta de 128 formas reducidas de palabras completas. El análisis de los léxicos asociados a la clase 3 reveló el conocimiento de los profesionales sobre religiosidad y espiritualidad, así como su comprensión de las diferencias entre estos términos. Además, también reveló lagunas en la comprensión de estos temas por parte de los profesionales sanitarios, ya que la mayoría estudió esos tópicos durante su formación profesional.

Los contextos en los que se insertan los léxicos se comprenden mejor en las siguientes UCE:

La diferencia entre espiritualidad y religiosidad, aunque mucha gente, e incluso amigos nuestros de profesión, las confunda, es absoluta en el sentido de que considero que la espiritualidad es el hecho de que uno se da cuenta de que existimos más allá del cuerpo físico, de que tenemos una manifestación psíquica distinta, y la religiosidad sería encerrar esta visión dentro de una visión filosófica. (Md, M, K-2)

Para que vean cómo la religión es, en sí, una secta, sea cual sea. Yo mismo he sido budista, kardecista, umbandista, y he practicado muchas religiones diferentes, y hoy veo que todo es una visión sectaria. Es como un equipo de fútbol y sus grupos de aficionados organizados, que, en mi opinión, chocan. (Md, M, K-2)

Creo que existen diferencias entre religiosidad y espiritualidad. Creo que la espiritualidad no está necesariamente ligada a ninguna práctica religiosa. Hay muchas personas que creen en deidades y santos, y no necesariamente tienen una religión definida, pero sí creen en un poder superior al humano. (Enf, F, E-28)

La espiritualidad es algo tuyo con el universo, no necesariamente a través de ninguna institución. Creo que eso es todo. Para mí, las prácticas o expresiones de espiritualidad se basan en creer que existe una fuerza superior que gobierna el universo. (Md, F, K-29)

Y la espiritualidad es otra forma de ser, de creer en una fuerza, un poder, una energía que puedes encontrar en la naturaleza, en el mar, en el sol. (TE, F, C-5)

Creo que hay una diferencia entre religiosidad y espiritualidad. La religiosidad es creer y practicar verdaderamente una doctrina religiosa, siguiendo todas sus normas y ritos. Y la espiritualidad es creer en algo que va más allá de lo visible, de lo tangible. Es creer en algo superior a la existencia humana. (Enfermera, F, K-7)

La espiritualidad es sentir una energía superior que te mueve. Creo que eso es todo, no sé cómo explicarlo mejor. Para mí, las prácticas o expresiones de religiosidad significan predicar lo que se predica en la religión a la que estás sujeto. Por ejemplo, soy kardecista; predicamos la caridad ante todo. (Md, F, K-23)

La espiritualidad es cuando una persona cree que existe otro plano más allá del nuestro. Cree en un poder superior, en fuerzas que trascienden la existencia humana. Y la religiosidad es cuando una persona tiene fe únicamente en la religión en la que cree. Cuando sigue las creencias y reglas de una doctrina religiosa determinada. (TE, F, Sre-20)

Clase 4: Cómo se manifiestan las prácticas de R/E en la vida diaria de los Profesionales de la Salud

La clase léxica 4 representa el 14 % del total de UCE del corpus de análisis y consta de 166 formas reducidas de palabras completas. El análisis de los léxicos asociados a la clase 4 aborda cómo se expresan las prácticas de R/E en la práctica diaria de los profesionales sanitarios.

Los contextos en los que se insertan los léxicos se comprenden mejor en las UCE que se expresan a continuación:

Entonces siempre llevo mi escapulario; ya es parte de mí. En cuanto a la religión, lo que hago es rezar todos los días, especialmente antes de dormir. Siempre le agradezco a Dios por las cosas buenas, por las liberaciones, ese tipo de cosas. Me gusta escuchar música católica que me tranquiliza. (Enf, F, C-22)

Participo en grupos de estudio sobre Espiritismo, frecuento el centro espiritista, hago encuentros evangélicos en casa, cosas así. Me gustaría involucrarme más con la religión, sí, porque creo que me ayuda en mi camino aquí en la Tierra. A evolucionar como ser humano y también espiritualmente. (Enf, F, K)

Practicarás tu fe donde te sientas cómodo. Y allí orarás, dirás tus oraciones y agradecerás. La religión opera en todo en mi vida. (TE, M, C-15)

En cuanto a la religión, tengo la costumbre de orar. Rezo todos los días, especialmente antes de salir de casa. Me persigno y pido que mis amigos espirituales iluminen mi camino y que ellos también iluminen mi práctica profesional. (Md, F, K-29)

Creo que las prácticas o expresiones de espiritualidad implican una rutina de gratitud y oración, de dar gracias por un día más de vida, de agradecer por la naturaleza, por el aire que respiramos. Al menos yo tengo eso. Tengo esta rutina de oración y gratitud a diario. Es un momento en el que conecto con Dios, y también con mi ángel de la guarda; creo firmemente en eso. (Enf, F, K-1)

Me gustaría involucrarme más con la religión, sobre todo siendo más positivo. Porque a veces, con los problemas cotidianos y el estrés emocional, uno termina olvidándose de agradecer a Dios, agradecer por la comida, el trabajo y la salud. (TE, F, E-21)

Y también hay acciones cotidianas relacionadas con la religión, como rezar, leer la Biblia e ir a misa. La religión es mi fundamento, mi fe, y aunque esté alejada de ella, creo firmemente en Dios. Es lo que me mantiene cuerda ante ciertos problemas, dificultades y alegrías. (Enf, F, C-22)

En cuanto a la espiritualidad, practico la meditación y tengo mucho contacto con la naturaleza. Me gusta estar en entornos con muchos árboles, el mar, el sol y cascadas. También me gusta mi propia religión. Practico la espiritualidad junto con la religión. Mis prácticas religiosas están ligadas a la espiritualidad. (Enf, F, K-7)

No hago nada particularmente trascendental que me ayude a vivir mejor conmigo mismo y con los demás. Tengo hábitos que considero saludables, como intentar mantener buenas relaciones sociales, dormir lo suficiente, hacer actividad física con regularidad, tener tiempo libre, estar en contacto con la naturaleza y descansar. (Md, F, A-18)

DISCUSIÓN

Aunque no existe consenso científico para definir específicamente la religiosidad y la espiritualidad, dada la naturaleza subjetiva del tema, algunos autores proponen una distinción con fines educativos y de investigación. Los conceptos de espiritualidad, religiosidad y religión deben analizarse individualmente en términos teóricos^{19,20}.

Sin embargo, en las prácticas y experiencias observadas en entornos sanitarios y otros contextos sociales, es evidente que estos tres fenómenos se interrelacionan e interactúan entre sí, lo que dificulta que los investigadores alcancen un consenso sobre el significado específico de cada concepto y sus interrelaciones. Además, una única definición podría resultar restrictiva, dado que se trata de fenómenos complejos y multidimensionales¹⁰.

Un aspecto por considerar es que la mayoría de los participantes son teístas, lo que significa que creen en la existencia de una o más deidades o seres sobrenaturales que ejercen influencia sobre el mundo y la vida humana. El teísmo abarca una amplia gama de creencias, desde la fe en un solo Dios (monoteísmo) hasta la creencia en muchos dioses, conocida como politeísmo²⁰.

Aunque muchas personas que creen en deidades profesen una determinada religión, no todos los teístas se identifican formalmente con una religión organizada y pueden tener creencias personales sin seguir un marco religioso específico. Sin embargo, es importante comprender este perfil, ya que las creencias, las religiones y las manifestaciones de espiritualidad pueden influir en cómo los profesionales de la salud y los familiares afrontan el duelo, el sufrimiento y, por ejemplo, la aceptación de la muerte¹³.

Las RS vehiculan las ideas y las experiencias, y las vivencias muestran la dimensión práctica de dichas RS²¹. A través de los procesos de objetivación y anclaje, se observa la concreción de la idea y el valor funcional del concepto, lo que permite comprender las acciones de las personas y sus grupos ante los fenómenos^{7,8}. En esta comprensión, los resultados identifican cómo la distinción entre espiritualidad y religiosidad emerge en las representaciones de forma significativa cuando la primera se entiende como la conciencia de la existencia más allá del cuerpo físico, como una percepción psíquica que trasciende el mundo material.

Por otro lado, para algunos entrevistados, la religiosidad se objetiva y se ancla en la idea del encarcelamiento, cuando la percepción de lo trascendente se sitúa dentro de un marco filosófico específico, en el que las normas, los rituales y las doctrinas limitan la libertad de la experiencia espiritual. La imagen del encierro comunica que la religión reduce la experiencia espiritual a la conformidad con una visión predeterminada, donde las respuestas ya están definidas, lo cual puede parecer restrictivo para quienes buscan una conexión espiritual más libre y personal.

Históricamente, la R/E siempre ha estado vinculada a la Enfermería, pero perdió relevancia con el auge del positivismo. A partir de la década de 1960, con el desarrollo de las teorías holísticas, este interés resurgió. La Enfermería Moderna se ha orientado cada vez más hacia la humanización de la atención, alejándose del modelo biomédico tradicional. Este movimiento ha incrementado la frecuencia de los problemas relacionados con la R/E en las prácticas asistenciales⁶.

El número de estudios sobre R/E ha aumentado significativamente. Sin embargo, como se puede observar en las UCE destacadas, R/E siguen siendo términos vagos y a menudo los profesionales de la salud los confunden porque, aunque relacionados, representan conceptos distintos. La religiosidad se refiere a la práctica y la adhesión a una religión específica, que se manifiesta a través de actividades como la participación en rituales religiosos, la asistencia a templos y la oración según los preceptos de dicha religión. Generalmente implica la adopción de creencias, valores y prácticas formalizadas y compartidas por una comunidad de creyentes¹¹.

Por otro lado, la espiritualidad tiene una connotación más amplia y subjetiva. Se asocia con la búsqueda individual de significado, propósito y conexión con algo trascendente o superior, que no está necesariamente vinculado a una religión específica. En resumen, la religiosidad tiende a ser más institucionalizada y colectiva, mientras que la espiritualidad es una experiencia más íntima y personal, que puede manifestarse dentro o fuera de un contexto religioso. Esta distinción permite a las personas sentirse espirituales sin necesariamente seguir una religión específica, así como a las personas religiosas que experimentan su espiritualidad en el contexto de su fe¹¹.

Por lo tanto, es evidente que el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre religiosidad y espiritualidad se asemeja al sentido común, a cómo se suele entender la religiosidad y la espiritualidad, de forma fluida e intercambiable, con expresiones prácticas que carecen de distinciones significativas. Esto nos lleva a la reflexión de que, si las comprenden, experimentan y practican en sus contextos personales, también deberían hacerlo en sus contextos profesionales.

La ausencia de estrategias estructuradas para integrar la religiosidad y la espiritualidad en el proceso asistencial, sumada a la falta de oportunidades de aprendizaje y desarrollo continuos, genera una brecha significativa en la comprensión objetiva de estos fenómenos entre los profesionales sanitarios. La espiritualidad y la religiosidad desempeñan un papel fundamental en la vida de muchos pacientes, e influyen en sus actitudes hacia la salud, la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, sin una formación que aborde estos aspectos de forma integrada y profunda, los profesionales pueden sentirse poco preparados para abordar las cuestiones espirituales y religiosas que surgen en el contexto asistencial^{10,11} y lidiar con el fenómeno en el ejercicio profesional, utilizando únicamente las herramientas que poseen a raíz de sus prácticas personales.

Los estudios demuestran que la mayoría de los estudiantes reconocen la importancia de un enfoque espiritual en la atención de la salud, pero a menudo buscan referencias sobre el tema en su propia religión. Esta práctica puede ser inapropiada porque inconscientemente tiende a imponer creencias personales en el tratamiento del paciente, lo que puede comprometer la imparcialidad y el enfoque holístico necesario para la atención a la salud. Cada paciente posee creencias y valores religiosos y espirituales únicos, y al transferir sus propias convicciones, el profesional corre el riesgo de ignorar la diversidad religiosa o espiritual del paciente, comprometiendo la calidad de la atención y el respeto por sus decisiones^{11,22}.

En Brasil, a pesar del consenso entre los profesionales de la salud sobre la importancia de incorporar las competencias R/E a la práctica sanitaria, este enfoque aún enfrenta desafíos. La dificultad radica en que, a pesar de reconocerse como esencial en la instrumentación de una atención más humanizada y eficaz, aún no existe un consenso claro sobre cómo introducir y estructurar estas competencias en los planes de estudio de la salud, y más aún, cómo aplicarlas en la práctica clínica diaria²³.

Un estudio de revisión indica que existen limitaciones en el cuidado humanizado brindado por enfermeras a niños en fase terminal, pues si bien necesitan ofrecer apoyo psicosocial al niño y a su familia, también deben lidiar con sus propias emociones²⁴, y en la especificidad del cáncer pediátrico, la dificultad de integrar la espiritualidad al cuidado de enfermería se evidencia por la desvalorización del tema o la incapacidad de identificar las necesidades espirituales del niño y de su familia, por desconocimiento²⁵.

La atención a pacientes pediátricos en fase terminal requiere habilidades de comunicación, empatía y apoyo emocional a las familias, que van más allá de las competencias técnicas tradicionales. La falta de un modelo de enseñanza que aborde la R/E y la resistencia a los cambios curriculares pueden ser factores que dificultan la formación integral de los profesionales sanitarios, lo que convierte la aplicación de la R/E, especialmente en contextos difíciles como el de los pacientes en fase terminal, en una tarea desafiante para muchos profesionales¹¹. Y sin una formación adecuada, existe una alta probabilidad de que estas dimensiones humanas no se aborden adecuadamente, o que sean omitidas lo que puede implicar en una atención no humanizada, que contradice los preceptos de un cuidado integral.

La complejidad de los conceptos de religión, religiosidad y espiritualidad suele generar divergencias respecto a su validez científica y relevancia en el campo, lo que dificulta la inclusión del tema en la formación sanitaria⁶. Sin embargo, es importante destacar que adoptar una única definición para estos fenómenos puede restringir tanto el alcance de la investigación como la experiencia subjetiva de estos aspectos⁶, así como las posibilidades de aplicación en la práctica del cuidado de las personas.

La falta de profundidad teórica en la formación puede llevar a los profesionales a desarrollar una visión predominantemente técnica y biomédica de la R/E en la práctica clínica, descuidando aspectos fundamentales de la experiencia del paciente. Esto puede generar incomodidad y falta de preparación al tratar con pacientes y familias cuyas creencias influyen directamente en su visión de salud, la enfermedad, vida y muerte.²⁰ Además, la ausencia de formación adecuada en R/E puede generar falta de sensibilidad cultural. Los profesionales sin formación académica formal en el campo de la religiosidad y la espiritualidad aplicadas a la salud y la atención pueden, inadvertidamente, faltar al respeto o ignorar las creencias de los pacientes y sus familias, y así generar incomodidad, comunicación ineficaz e incluso conflictos éticos.

En este contexto, conocer las RS de la religiosidad y la espiritualidad de los profesionales de la salud que se desempeñan en contextos de atención pediátrica terminal es importante, ya que estas representaciones orientan decisiones y actitudes, y justifican las posturas de los individuos ante fenómenos específicos⁹. Por lo tanto, la forma en que cada profesional comprende la religiosidad/espiritualidad y la aplica en la práctica, al enfrentarse a una situación que lo requiera, estará, en gran medida, determinada por sus creencias y experiencias personales en relación con ellas.

Esta variabilidad en los enfoques de estos temas, debido a la RS de la religiosidad y la espiritualidad, refleja la complejidad de los cuidados paliativos en niños, contexto en el que se desenvuelven los participantes de esta investigación. Por lo tanto, el desarrollo de la formación en R/E puede considerar las experiencias personales de los profesionales para promover la autocomprensión de sus prácticas, así como para identificar lagunas en la comprensión materializada de estos fenómenos. Esto, en conjunto, podría contribuir a la construcción de prácticas más coherentes y empáticas en el ámbito profesional. De esta manera, los profesionales estarían mejor capacitados para brindar una atención integral y cualificada con apoyo técnico y científico, respetando las dimensiones religiosas y espirituales del paciente y su familia, incluso en contextos complejos.

Para los participantes de este estudio, la religiosidad es un componente de la creencia que apoya y permite a las personas encontrar sentido a la vida cotidiana, ayudándolas a mantenerse firmes en su propósito y a creer en algo superior. Va más allá de la práctica religiosa o la simple dedicación a una religión. Es un estilo de vida y una forma de interpretar la vida cotidiana, que implica dogmas, rituales, prácticas y costumbres específicas.

Las representaciones de los participantes revelan que el concepto de religiosidad es bastante amplio y que no existe un consenso claro al respecto. La opinión predominante es que la religiosidad está vinculada a aspectos como la doctrina, la fe, una religión específica, la creencia en uno o más seres o poderes superiores, las prácticas religiosas, los dogmas y los rituales, y puede expresarse de diversas maneras.

En cuanto a la espiritualidad, los participantes expresaron que este concepto se relaciona con la esencia interior de cada persona, su conexión con aspectos más profundos de sí mismos y con elementos de la naturaleza, como el mar, el sol y los árboles. Es una forma de vivir, creyendo en energías positivas y negativas, emanando buenas vibraciones y confiando en que existe algo más allá de la humanidad que ofrece respuestas y guía para la vida. Si bien puede abarcar la religiosidad, no todas las personas que experimentan la espiritualidad siguen o profesan una práctica religiosa.

Los participantes que no se identificaron como personas espirituales, al ser preguntados sobre sus estrategias para promover el bienestar personal e interpersonal, mencionaron hábitos como dormir lo suficiente, practicar actividades al aire libre y mantener buenas relaciones sociales. Sin embargo, no asociaron estos aspectos con el concepto de espiritualidad.

El objeto R/E moviliza las experiencias de los participantes, sustentadas en sus creencias y reflexiones sobre cuestiones existenciales, lo que marca la formación de representaciones individuales. Sin embargo, también se identifican pensamientos y acciones comunes, lo que podría indicar una representación compartida hacia las representaciones sociales. Se observa una comprensión más consensuada de lo que constituye la espiritualidad, con pocas variaciones en las respuestas, lo que destaca una conexión con algo superior sin la necesidad de una religión específica. No obstante, también se observó fluidez dentro de R/E, lo que indica una brecha entre la teoría y la práctica, el conocimiento y la acción. Esto puede atribuirse al acceso limitado a información concreta en la enseñanza de R/E durante la formación profesional y a la participación en eventos científicos relacionados con el tema²³.

Estas consideraciones indican que la incorporación de conocimientos sobre el objeto de R/E al contexto cultural en el que viven los participantes de la investigación, especialmente aquellos relacionados con la formación profesional en el ámbito de la salud, les facilita la convergencia de ciertas ideas y prácticas sobre R/E en entornos clínicos. A partir de esto, es posible captar RS de R/E, que traducen las relaciones que las representaciones individuales establecen en el ámbito funcional y social donde ocurre el fenómeno —que en esta investigación es la atención a niños en fase terminal—lo que facilita la comprensión intersubjetiva de los miembros de este grupo profesional, basada en experiencias prácticas similares¹⁵.

Como se ha sostenido, al aplicar la TRS a los estudios de objetos psicosociales, se destaca la objetivación y el anclaje como procesos sociocognitivos^{7,9} que permiten que una idea abstracta tome forma en una imagen concreta y próxima, más familiar con lo previamente conocido, comprendido y aceptable. En la UCE de UCI 2, se observa que las religiones están estrechamente relacionadas con la idea de los equipos de fútbol y sus aficionados, en una concepción de sectarismo relacionada con las religiones, entendidas como grupos intolerantes con un apego exagerado a su propio punto de vista. Abordar la religión desde esta perspectiva trae a primer plano la idea de disputa, aceptable como en un partido de fútbol, donde los equipos siempre entran para ganar y no para aceptarse mutuamente en una coexistencia pacífica. Además, se considera la cuestión del conflicto entre hinchadas, que en el caso de las religiones sería entre sus seguidores o practicantes.

Es interesante destacar este proceso porque, si el conocimiento común sobre religiosidad/religión se presenta de forma difusa y se basa en ámbitos controvertidos, las prácticas de cuidado pueden verse obstaculizadas cuando las religiones de las familias y los profesionales difieren, sustentadas por concepciones contradictorias del proceso nacimiento-vida-muerte, por ejemplo. Por ello, abordar el tema de la R/E en la formación profesional es tan importante, dado que, además de introducir conocimientos formales sobre el tema, también sensibiliza a los profesionales respecto a las diferentes interpretaciones de los procesos nacimiento-vida-muerte.

La falta de esta temática en los componentes curriculares de los cursos de educación superior en el área de la salud resalta la importancia de invertir en programas de posgrado y formación permanente en el trabajo, como formas de educación continua, para atender las necesidades de las personas desde un enfoque más abarcativo y centrado en la atención integral²³.

Un estudio cualitativo realizado con 38 enfermeros que prestaban servicios en sectores de cuidados paliativos de un hospital público mostró que la falta de preparación formal en cuanto al cuidado de la dimensión espiritual de los pacientes compromete la prestación de una atención integral, habiéndose considerado a la educación continua como buena estrategia para minimizar este déficit en la formación²⁶.

Esta falta de formación formal también es evidente en China continental, donde se observa la escasez de personal especializado para brindar atención espiritual a los pacientes. Sin embargo, un estudio cualitativo realizado con médicos, enfermeros y trabajadores sociales que prestan servicios en cuidados paliativos pediátricos mostró que, aunque no está formalmente organizado, el apoyo espiritual se brinda individualmente dentro de los servicios. No obstante, se requieren estrategias educativas y de capacitación para crear una cultura que implemente esta atención y estructurar mejor el trabajo²⁷.

Las prácticas de R/E se manifiestan en la vida cotidiana de los profesionales de la salud de diversas maneras, en particular en sus rutinas personales. La religiosidad y la espiritualidad son ampliamente reconocidas como aspectos esenciales de la subjetividad humana y contribuyen a la organización de la vida y a la construcción de significado para las personas. Además, tienen una influencia integral en el bienestar físico, mental, cultural y espiritual. Las cuestiones relacionadas con la R/E promueven un diálogo entre la ciencia y la fe en el contexto de la atención médica, por valorar no solo la vida y la trayectoria de cada niño atendido, sino también la experiencia personal de cada profesional de la salud en su vida fuera del ámbito laboral²³.

La R/E de los profesionales de la salud que trabajan con niños en fase terminal es fundamental, ya que apoya su desempeño diario y contribuye a la calidad de la atención brindada. La práctica de la R/E permite que los profesionales estén más atentos a las necesidades de los pacientes, lo que promueve un modelo de atención más amplio y humanizado. Además, cuando se observa una presencia significativa de espiritualidad y apoyo espiritual en el equipo multidisciplinario, también se satisfacen las necesidades espirituales y religiosas de las familias de los pacientes, quienes se encuentran

vulnerables ante la proximidad de la muerte. En otras palabras, las creencias del profesional son un factor determinante en la forma como cuidará al paciente y a sus familiares²⁸.

Sin embargo, la literatura sobre este tema es limitada, ya que la mayoría de los estudios sobre espiritualidad y religiosidad en la enfermedad terminal se centra, principalmente, en los pacientes como objeto de análisis. La R/E es esencial para ayudar a los profesionales a afrontar la pérdida de pacientes, así como para fortalecer su bienestar diario, permitiéndoles integrar prácticas espirituales y religiosas en su vida personal²⁸.

La R/E desempeña un papel fundamental en la vida diaria de los profesionales sanitarios, tanto en su bienestar personal como en su práctica profesional. Estos elementos sirven como fuentes de apoyo emocional, resiliencia y significado, ayudándoles a afrontar los retos y el estrés cotidianos inherentes a sus funciones. La práctica espiritual o religiosa puede brindar momentos de reflexión y fortalecimiento interior, lo que ayuda a los profesionales a afrontar el dolor, la pérdida y la complejidad de los casos que atienden^{29,30}.

Además, las creencias personales pueden fomentar una mayor disposición a escuchar y un respeto genuino por las experiencias del paciente, lo que facilita la construcción de una relación de confianza y respeto mutuo. Los profesionales que integran sus creencias en su práctica a menudo pueden ofrecer apoyo adicional, especialmente en momentos de sufrimiento o en situaciones terminales, ayudando a los pacientes y a sus familias a encontrar consuelo y significado.

Por otro lado, la influencia de la R/E de un profesional requiere un equilibrio ético, garantizando que sus creencias personales no prevalezcan sobre las necesidades y creencias del paciente. En un entorno sanitario diverso, el reto reside en brindar una atención compasiva y respetuosa, independientemente de las diferencias culturales o religiosas entre el profesional y el paciente, respetando siempre la autonomía y las particularidades de cada persona y su familia⁵.

Comprender las dimensiones religiosa y espiritual de los pacientes puede ayudar a los profesionales de la salud a mejorar la calidad de la atención, respetar las creencias de los familiares y brindar un apoyo emocional más apropiado, promoviendo un enfoque más holístico y sensible durante la enfermedad terminal en pediatría.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio son metodológicas, ya que se realizó en un solo hospital de Río de Janeiro, centrado en la atención médica, la docencia, la investigación y el desarrollo tecnológico. La ampliación de la investigación a otros campos enriquecería los resultados y, en consecuencia, sus contribuciones al campo de la atención médica y la enfermería pediátrica.

CONSIDERACIONES FINALES

La RS de la espiritualidad y religiosidad de los profesionales de la salud que trabajan en el cuidado de niños con enfermedades terminales está impregnada de múltiples significados, conocimientos y prácticas, derivados de sus experiencias y vivencias personales, con fluidez conceptual. Esto revela potenciales representaciones individuales sobre el objeto representado. Sin embargo, se identifican discursos similares que indican que la R/E es fuente de consuelo, guía y apoyo emocional para los profesionales de la salud, al establecer una conexión con lo trascendente, promoviendo seguridad y confianza, especialmente en tiempos de adversidad. Las manifestaciones de la R/E incluyen prácticas como la oración, la participación en celebraciones religiosas, la lectura del Evangelio, la gratitud al universo, la meditación, la conexión con la naturaleza y los actos de bondad.

Aunque algunos profesionales no se identifican con una religión específica, muchos expresan creencias espirituales que influyen positivamente en su cosmovisión y sus relaciones interpersonales. Si bien los profesionales tienen conceptos sobre la R/E, derivados de la RS, estos aún carecen de la profundidad filosófica y científica necesaria para su aplicación en el ámbito técnico-profesional. Reconocer e integrar estas dimensiones humanas en las prácticas asistenciales, especialmente en el contexto de la terminalidad pediátrica, es esencial para una atención más sensible, acogedora e integral.

Para superar los desafíos del abordaje de la R/E en la práctica profesional, estos temas deben incluirse en la formación de manera estructurada. Además, deben promoverse espacios institucionales para la reflexión crítica y el intercambio de experiencias sobre el tema. Este escenario resalta la necesidad de invertir en estrategias de formación continua que fomenten el desarrollo de habilidades relacionales y una escucha cualificada, capaces de abarcar las diversas manifestaciones de religiosidad y espiritualidad presentes en el entorno asistencial, respetando las características únicas de pacientes, familias y profesionales. La incorporación sistemática de estos temas en los procesos de formación representa un paso fundamental para fortalecer un enfoque humanizado e integral, comprometido con la complejidad de la atención y el reconocimiento de la subjetividad como elemento constitutivo de la atención en salud.

REFERENCIAS

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 Desenvolv 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/10.17267/2317-3394rpsds.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>.

Contribuciones de las autoras

Conceptualización, T.G.L.A. y M.A.F.; metodología, T.G.L.A. y M.A.F.; software, M.A.F.; validación, T.G.L.A. y M.A.F.; análisis formal, T.G.L.A.; investigación, T.G.L.A.; recursos, T.G.L.A. y M.A.F.; curaduría de datos, T.G.L.A. y M.A.F.; redacción, T.G.L.A. y M.A.F.; revisión y edición, T.G.L.A.; visualización, T.G.L.A. y M.A.F.; supervisión, T.G.L.A. y M.A.F.; administración del proyecto, M.A.F. Todas las autoras leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no se han utilizado herramientas de inteligencia artificial en la elaboración del manuscrito *“Religiosidad y espiritualidad de los profesionales de la salud que atienden a niños y sus expresiones prácticas”*.