



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

**A Intervenção do Enfermeiro Mestre e Especialista no Cuidado
Espiritual à Pessoa em Situação Paliativa**

The Intervention of Master's and Specialist Nurses in Spiritual Care for People
in Palliative Situation

Anexos e Apêndices

Maria Teresa Filipe dos Santos

**Lisboa
2024**

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação IX SINECS: Simpósio Internacional de Espiritualidade no Campo da Saúde, promovido pela Universidade Federal Fluminense

Anexo II – Certificado de participação no 5º Encontro de Cuidados Paliativos ECSCP Sintra / *Workshop* “Comunicação de Más Notícias” promovido pelo ACeS Sintra

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de atividade: discussão de artigo científico

Apêndice II – A Comunicação no Cuidado Espiritual

Apêndice III – Identificação das Necessidades Espirituais das Pessoas em Situação Paliativa: Protocolo de *scoping review*

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação IX SINECS: Simpósio Internacional de Espiritualidade no Campo da Saúde, promovido pela Universidade Federal Fluminense

Teresa Santos

**participou na qualidade de Ouvinte no
IX SINECS: Simpósio Internacional de Espiritualidade no
Campo da Saúde**

vinculado ao Núcleo de Pesquisa Qualitativa Translacional em Emoções e Espiritualidade na Saúde da Universidade Federal Fluminense realizado no dia cinco de dezembro de dois mil e vinte três, com 05 horas de carga horária.

Niterói, 27 de dezembro de 2023.

Rose Mary CRA Silva

Rose Mary C.R. A. Silva
Professora Titular/UFF
Líder FSEH/UFF

Eliane Ramos Pereira

Eliane Ramos Pereira
Professora Titular/UFF
Líder QUALITEES/UFF



Anexo II – Certificado de participação no 5º Encontro de Cuidados Paliativos ECSCP
Sintra / *Workshop* “Comunicação de Más Notícias” promovido pelo ACeS Sintra



ENCONTRO

Certifica-se que,

Maria Teresa Filipe Santos

participou no 5º Encontro de Cuidados Paliativos
ECSCP Sintra / Workshop “Comunicação de Más
Notícias”, promovido pelo ACeS Sintra, e realizado
no dia 13 de dezembro de 2023, na Casa da Cultura
Lívio de Moraes, Sintra.



Dr. Gonçalo Envia

Diretor Executivo do ACeS Sintra

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de atividade: discussão de artigo científico

PLANO DE ATIVIDADE: DISCUSSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO DO ARTIGO: *"An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care"*

(Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliative Care, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>)

PARTICIPANTES: Equipe de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos

DURAÇÃO: 45 m

MÉTODOS: Expositivo e Debate

RECURSOS: Computador e suporte em papel do artigo em discussão

OBJETIVO GERAL: Promover o debate sobre a importância da educação profissional sobre cuidado espiritual em cuidados paliativos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a compreensão da importância do cuidado espiritual em cuidados paliativos.
- Debater sobre as barreiras e desafios na implementação de cuidado espiritual na prática clínica.
- Descrever as competências necessárias para prestar cuidados espirituais
- Refletir sobre as práticas e estratégias para integração de cuidados espiritual nos planos de cuidados.

ESTRUTURA DA SESSÃO

1. Apresentação dos principais conceitos e temas abordados no artigo em modelo de Power Point® (15 m)

- Conceito de Espiritualidade
- Aspectos da Espiritualidade
- A Espiritualidade em Fim de Vida
- Cuidado Espiritual Multidisciplinar
- Barreiras ao Cuidado Espiritual
- Competências para Cuidado Espiritual

- Avaliação Espiritual e Identificação de Necessidades
- Integração das Necessidades Espirituais no Plano de Cuidados
- Estratégias de Implementação dos Cuidados Espirituais em Cuidados Paliativos

2. Discussão (25 m)

- Reflexões sobre os temas apresentados
- Experiências individuais
- Desafios na prática clínica
- Perspetivas sobre abordagem multidisciplinar ao cuidado espiritual no serviço
- Papel do Enfermeiro na prestação de cuidado espiritual
- Necessidades Formativas

3. Conclusão (5 m)

- Apreciação da pertinência do tema
- Apreciação da apresentação
- Resumo das ideias principais discutidas

APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO DO ARTIGO



An EAPC White Paper on Multi-disciplinary Education for Spiritual Care in Palliative Care

Discussão e Reflexão

M^a Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa



Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1), <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>

M^a Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa

Best et al. *BMC Palliative Care* (2020) 19:4
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>

BMC Palliative Care

RESEARCH ARTICLE Open Access

An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care

Megan Best^{1*}, Carlo Leget¹, Andrew Goodhead² and Pieter Paal³

Abstract

Background: The EAPC White Paper addresses the issue of spiritual care education for all palliative care professionals; it is to guide health care professionals involved in teaching or training of palliative care and spiritual care, teachers, students and decision makers responsible for training and education, as well as national and local curricula development groups.

Methods: Early in 2018, preliminary draft paper was written by members of the European Association for Palliative Care (EAPC) spiritual care reference group (inviting comment on the four core elements of spiritual care education as outlined by Garrard et al. (2017) in their paper on palliative care core competencies. The preliminary draft paper was circulated to experts from the EAPC spiritual care reference group for feedback. At the second stage feedback was incorporated into a second draft paper and requests and representatives of national palliative care organizations were invited to provide feedback and suggest revisions. The final version incorporated the subsequent criticisms and as a result, the General Framework was explored and critically revised leading to updated suggestions for spiritual care education in palliative care.

Results: The EAPC white paper stresses out the importance of spiritual care as an integral part of palliative care and supports incorporating a wide range of educational activities and training models in palliative care. The revised spiritual care education competencies for all palliative care providers are accompanied by the best practice models and research evidence, at the same time being sensitive towards different development stages of the palliative care services across the European region.

Conclusions: Better education can help the health care practitioner to avoid being distressed by their own beliefs, prejudices and constraints and attend to the patient and his/her family. This EAPC white paper encourages and facilitates high quality, multi-disciplinary, academically and financially accessible spiritual care education to all palliative care staff.

Keywords: Spirituality, Spiritual Care, Education, Palliative care, health care professionals, Essential needs, Religious needs, Spiritual needs, Curricula, Holistic caregiving, Spiritual assessment

Background

Palliative care services and interest in palliative care provision are growing across Europe [1], and while not all countries have yet developed full palliative care services with multi-disciplinary teams [2], this paper aims to present a shared vision of multi-disciplinary spiritual care (SC) provision in palliative care, for which all sectors should aim. The content can be incorporated into existing palliative care curricula or used alone to supplement training for palliative care workers who would like further opportunities to improve their competencies in addressing and incorporating spirituality and SC into their everyday practice. Details may need to be adapted according to the setting, and care by interest may be required while palliative care services grow in SC competency. Care and Bereavement programmes may have spiritual content.

The United Nations (UN) and World Health Organization (WHO) state that providing access to 'palliative care is an ethical responsibility of health care systems.

*Correspondence: m.best@eapc.eu

¹Member of the Palliative Care Research Hub, Institute of Nursing Science and Health, Brunel University, Uxbridge, Uxbridge, UK

Full list of author information is available at the end of the article



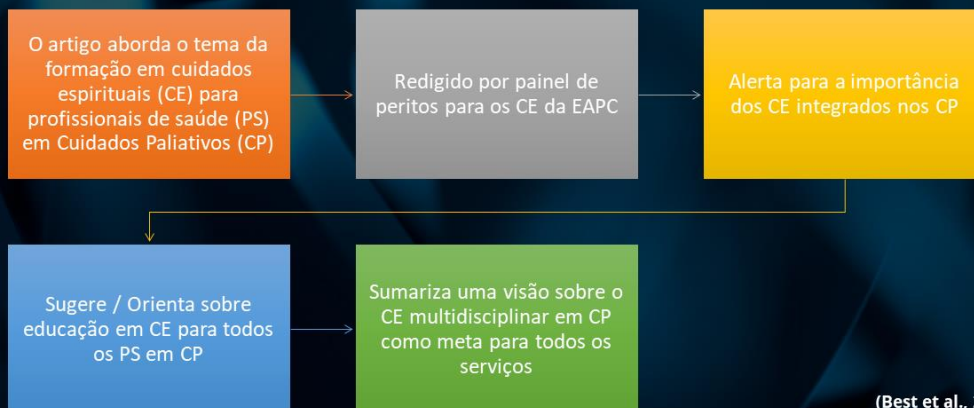
ESEL
Escola Superior de Enfermagem
de Évora



SUMÁRIO

- Introdução
- Conceitos
- Barreiras ao Cuidado Espiritual
- Competências para Cuidado Espiritual
- Estratégias de Implementação
- Reflexão e Debate

Introdução



(Best et al., 2020)

Introdução

Pertinência do Cuidado Espiritual em Cuidados Paliativos

- Os CP são uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde que englobam o alívio do sofrimento multidimensional (OMS)
- O domínio espiritual é e sempre foi uma parte integrante dos CP (Cicely Saunders identificou o sofrimento espiritual integrando-o no conceito de Dor Total)
- Apesar dos esforços para a melhoria dos CE em CP subsistem dificuldades:
 - Compreensão sobre o que é a espiritualidade
 - Reconhecer necessidades espirituais
 - Providenciar cuidados espirituais

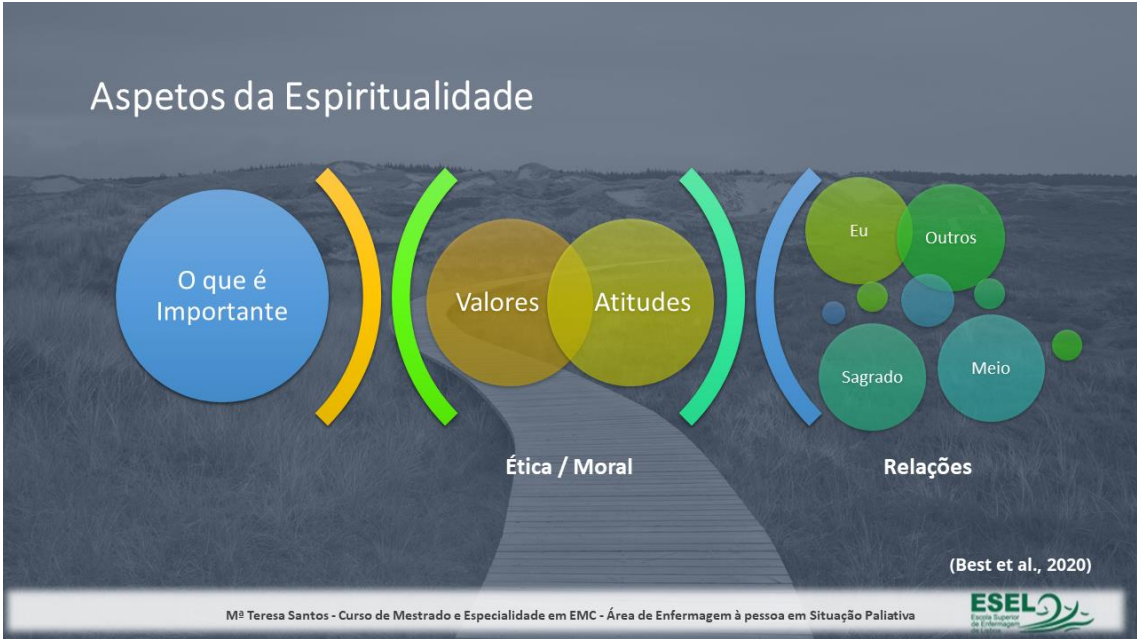


(Best et al., 2020)

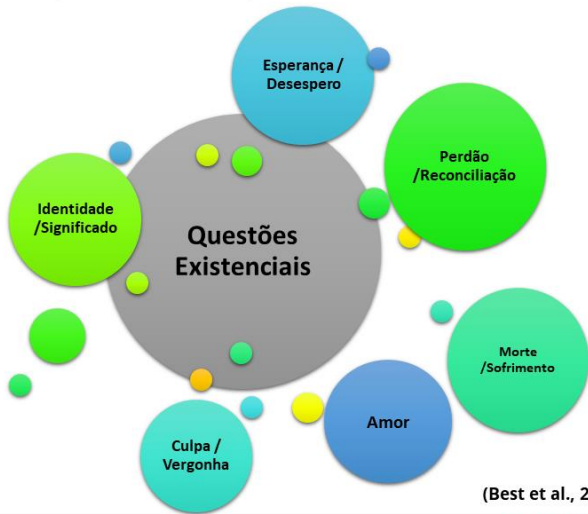
Espiritualidade

- Dimensão humana, universal, dinâmica e multidimensional relacionada:
 - Experiência, expressão e/ou procura significado, propósito e transcendência
 - Conexão com o momento, consigo mesmo, outros, natureza, sagrado
(*essência de quem somos e afirmação da dignidade e respeito*)
- Ultrapassa religiosidade

(Best et al., 2020)



Aspetos da Espiritualidade



Aspetos da Espiritualidade



M^ª Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Importância



- Evidenciada perante situações limite
- Necessidade percebida e desejada
- Bem-estar espiritual contribui para a Qualidade de Vida

(Best et al., 2020)

M^ª Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Cuidado Espiritual

- Reconhecimento da Importância da Espiritualidade
- Avaliação
- Suporte



(Best et al., 2020)

M^ª Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa



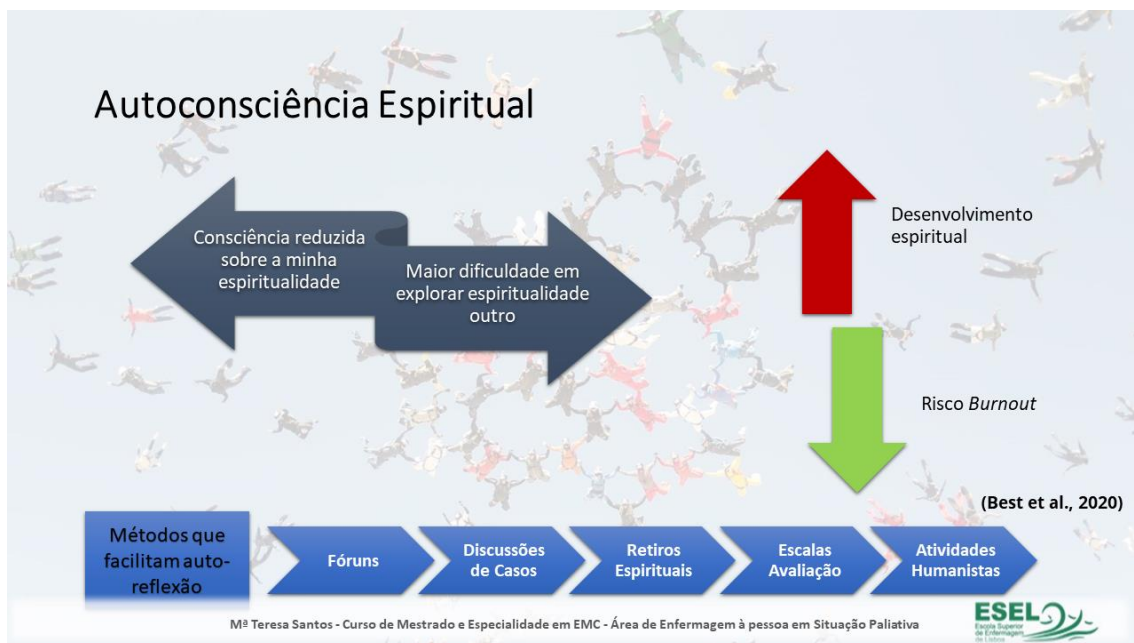
Barreiras à Prestação de Cuidado Espiritual

- Falta de conhecimento sobre o tema
- Falta de valorização
- Dificuldade na prestação CE – ex. se o doente for agnóstico / ateu
- Falta de tempo
- Falta de concordância entre membro de comunidade religiosa e crença do doente

(Best et al., 2020)

M^ª Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa





Avaliação Espiritual

The slide contains a list of bullet points and a 3D illustration of a person standing at the entrance of a maze, symbolizing the complexity of spiritual evaluation.

- Criar oportunidade de expressão
 - É a pessoa que nos informa sobre a sua espiritualidade – atenção ao vocabulário
- Conhecer a história espiritual da pessoa
- Instrumentos avaliação – FICA, HOPE, Questionário Este Sou Eu (Dignidade)
 - Questões abertas–
 - O que o ajuda a lidar com situações muito difíceis ?
 - O que trás significado à sua vida?
 - Q2-SAM (modelo CCP) O que é mais importante para si agora? / Como podemos ajudá-lo

(Best et al., 2020)

M^ª Teresa Santos - Curso de Mestrado e Especialidade em EMC - Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Identificação Problemas / Necessidades

- Escalas Identificação Necessidades
 - GES
 - EOLSCQ-Pt
- Utilização de Questões abertas
 - Está em paz?

Documentar Necessidades e Intervenções Plano Cuidados –
Cuidado Sistemático com recurso a linguagem Standartizada

(Best et al., 2020)

Limites Culturais, Rituais e Tradições

- As práticas culturais devem ser respeitadas (salvaguardando o bem-estar do doente)
- Vontade da pessoa vs vontade da família - negociação
- Práticas inclusivas - atender / respeitar diversidade (autoconsciência preconceito)
- Fontes de conflito - Necessidades culturais (autonomia) VS evidencia científica

(Best et al., 2020)

Estratégias de Implementação

- Criação de Standards para CE Formação / Treino / Reflexão em CE
- Educação sobre Abordagem Multidisciplinar
- Criação de *Guidelines* para CE



(Best et al., 2020)

Apêndice II – A Comunicação no Cuidado Espiritual

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa**

Estágio com Relatório

A Comunicação no Cuidado Espiritual

Maria Teresa Filipe Santos

**Lisboa
Maio 2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa**

Estágio com Relatório

A Comunicação no Cuidado Espiritual

Maria Teresa Filipe Santos



Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Melo e Silva



Lisboa
Maió 2024

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	2
2. <i>TIMING</i> E AMBIENTE DE CUIDADOS.....	3
3. REGULAÇÃO DA LINGUAGEM NÃO VERBAL DO ENFERMEIRO	4
4. ESCUTA ATIVA.....	5
1.1. Foco e interesse genuíno na pessoa.....	5
1.2. Uso de questões abertas	6
1.3. Linguagem adaptada.....	6
1.4. Respeito pelo silêncio.....	7
1.5. Clarificação das mensagens.....	7
1.6. A observação.....	8
2. ATITUDES DO ENFERMEIRO	9
2.1. Empatia	9
2.2. Presença.....	10
2.3. Sensibilidade cultural e espiritual e não julgamento.....	11
3. COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR	12
4. CONCLUSÃO	13
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1. INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva constitui um pilar e prioridade na prestação de cuidados paliativos de qualidade, ao longo do contínuo de cuidados (B. Ferrell et al., 2019). Ela possibilita uma abordagem abrangente da experiência de sofrimento da pessoa, facilitando o controle ótimo de sintomas e o suporte emocional e espiritual (Dahlin & Wittenberg, 2019), e é crucial para a tomada de decisões em fim de vida (Isaacson & Minton, 2018).

A comunicação ao nível existencial é complexa, pois envolve abordar o sentido mais profundo da pessoa (Dahlin & Wittenberg, 2019), de forma a compreender as suas necessidades espirituais (Baldacchino, 2006), recursos espirituais (Siler et al., 2019; Taylor, 2021a), e diagnosticar eventuais problemas ou sofrimento espiritual (van Leeuwen & Cusveller, 2004). A partilha deste tipo de informação só é possível mediante conversas significativas (Tornøe et al., 2015) com investimento numa relação de confiança (Almack et al., 2012) estabelecida e mantida mediante uma comunicação consistente, honesta e respeitosa (Baldacchino, 2006; O'Hagan et al., 2014).

O cuidado espiritual é uma componente essencial do cuidado centrado na pessoa (Balboni et al., 2022) através do qual se garante o alinhamento dos cuidados em saúde com as expectativas da pessoa, respeitando a sua autonomia, participação ativa (Panczyk et al., 2021) e envolvimento na tomada de decisão (O'Hagan et al., 2014), o que consequentemente contribui para a melhoria da satisfação e experiência de cuidados. Desta forma, a comunicação sobre aspetos espirituais deve ser centrada nos valores, preferências e necessidades da pessoa, estabelecida no seio de uma relação terapêutica sólida, (Peerboom et al., 2023) e conduzida por profissionais de saúde dotados de habilidades de comunicação (Conley et al., 2021).

As competências na área da comunicação são essenciais na preparação dos profissionais de saúde para lidar de forma mais efetiva com discussões espirituais (Selby et al., 2016), reduzindo os seus níveis de desconforto (Baldacchino, 2006), stress e outras dificuldades que funcionam como barreiras e comprometem a qualidade dos cuidados prestados (Onan et al., 2015).

A comunicação constitui assim a base fundamental da prestação de cuidados espirituais que facilitam a compreensão da condição humana e promovem o respeito pela sua dignidade, valores e preferências (Wittenberg et al., 2017), e cuja qualidade depende de habilidades e atitudes profissionais demonstradas durante a interação com a pessoa (O'Hagan et al., 2014),

2. TIMING E AMBIENTE DE CUIDADOS

A literatura refere que as pessoas em fim de vida apresentam por vezes relutância no início de conversas sobre cuidados em fim de vida (Almack et al., 2012) e sobre a espiritualidade (Andersen et al., 2023), deixando a decisão e a iniciativa para os profissionais de saúde (Almack et al., 2012). Por seu lado, os enfermeiros, sensíveis à potencial carga emocional que as conversas espirituais acarretam, tendem a evitá-las (Van Meurs et al., 2018) receando que as mesmas possam roubar esperança (Almack et al., 2012), causar sofrimento emocional (Dahlin & Wittenberg, 2019), angústia, ou temendo apenas serem demasiado intrusivos (Van Meurs et al., 2018). Também a perceção que estas conversas são prolongadas pode fazer com que os enfermeiros sintam que não dispõem de tempo suficiente, concentrando a sua atenção nos cuidados físicos (Van Meurs et al., 2018). No entanto, a proximidade e características da relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa cria oportunidade para que as conversas de carácter espiritual aconteçam (Van Meurs et al., 2018), aumentando a probabilidade do reconhecimento e abordagem às necessidades deste domínio (Ferrell et al., 2023).

A capacidade física e cognitiva da pessoa em fim de vida não é estável, flutuando e deteriorando-se perto da morte, muitas vezes com compromisso grave da capacidade de comunicar (Groebe et al., 2019), e as manifestações de sofrimento existencial podem surgir de forma espontânea em momentos de interação fugazes, por exemplo durante cuidados físicos (Tornøe et al., 2015), o que exige capacidade de adaptação e ajustamento nas prioridades de forma a não desperdiçar oportunidades.

Escolher o momento adequado exige do enfermeiro habilidade e perspicácia (Minton et al., 2018) para saber quando é apropriado abordar essas questões e quando se deve abster (Bailey et al., 2009), atendendo ao estado emocional (O'Hagan et al., 2014),

psicológico e níveis de energia da pessoa (Tornøe et al., 2015). Esta habilidade, decorre da capacidade de leitura de pistas que revelem o desejo e a disponibilidade da pessoa para aprofundar esses temas (Browall et al., 2014; O'Hagan et al., 2014; Van Meurs et al., 2018), e que podem ser de carácter verbal (Almack et al., 2012), como mensagens subtis no discurso (Isaacson & Minton, 2018) ou não verbal, como a linguagem corporal e as expressões faciais (Isaacson & Minton, 2018), o que reforça a necessidade de uso proficiente de observação e escuta ativa (Peerboom et al., 2023).

Perante o momento adequado, os enfermeiros podem encorajar e estimular a conversa utilizando frases convidativas (Isaacson & Minton, 2018) ou perguntas que permitem a abertura do diálogo (Groebe et al., 2019) quanto a questões existenciais. É também necessário ter atenção ao ambiente de cuidados, uma vez que ele influencia a comunicação. Fatores como ruído e distrações constituem barreiras dificultadoras (Dahlin & Wittenberg, 2019), sendo por isso necessário disponibilizar ambiente tranquilo, favorável a uma atmosfera de conforto (O'Hagan et al., 2014), onde os enfermeiros garantam privacidade (Baldacchino, 2006) e tempo para ouvir a narrativa da pessoa (Browall et al., 2014).

3. REGULAÇÃO DA LINGUAGEM NÃO VERBAL DO ENFERMEIRO

A comunicação não-verbal do enfermeiro, que inclui fatores como a aparência física, o tom de voz, a linguagem corporal e o uso do toque influenciam a interação e a relação terapêutica (Dahlin & Wittenberg, 2019).

O tom de voz usado pelo enfermeiro é um aspeto fundamental na comunicação. Ele pode transmitir empatia, segurança e calma, garantindo que o doente se sinta compreendido e respeitado, ou impaciência, afetando negativamente a comunicação (O'Hagan et al., 2014). Também o ritmo das palavras e as expressões faciais podem influenciar a ligação estabelecida e a qualidade da comunicação (Keall et al., 2014).

No que respeita à linguagem corporal, a proximidade física e a postura desempenham um papel significativo tanto na transmissão da informação como na representação da disponibilidade e na perceção da qualidade do envolvimento com a pessoa (O'Hagan et al., 2014). Aspetos como o contacto visual, o evitar cruzar os braços e

o acenar em atitude de encorajamento são atitudes positivas que transmitem atenção, empatia e abertura ao diálogo (Goldsmith et al., 2020).

4. ESCUTA ATIVA

A escuta ativa é uma técnica de observação intencional com respostas verbais e comportamentais, que o enfermeiro utiliza de forma que a pessoa se sinta aceita e segura na partilha de informação significativa (O'Hagan et al., 2014). Esta técnica facilita a partilha de preocupações e receios espirituais (Murray et al., 2004), tornando possível a melhor compreensão da experiência da pessoa, e da forma como ela é percebida, o que permite uma resposta mais adequada às suas necessidades (Mcsherry et al., 2021).

Ouvir atentamente as realidades emocionais e existenciais das pessoas ajuda o enfermeiro a compreender a pessoa para além de uma perspetiva clínica, facilitando a conexão a nível humano e o processo de criação de significado (Goldsmith et al., 2020), o que constitui em si mesmo uma intervenção terapêutica.

Esta técnica implica domínio de várias habilidades, nomeadamente atenção focada na pessoa, observação atenta das mensagens verbais e não verbais, incentivo à comunicação aberta, adaptação da linguagem, validação de emoções, clarificação das mensagens e respeito pelo silêncio (Dahlin & Wittenberg, 2019), que de seguida serão enquadradas no contexto dos cuidados espirituais.

1.1. Foco e interesse genuíno na pessoa

O envolvimento requerido ao enfermeiro no processo de escuta ativa implica que ele seja capaz de dedicar à pessoa a sua atenção plena durante o momento de interação (Minton et al., 2018), sem qualquer outro objetivo que não seja o de ouvir e reconhecer mensagens implícitas e explícitas sobre questões profundas e preocupações (Isacson & Minton, 2018).

O foco na pessoa e na sua história, livre de interrupções ou distrações, permite ao enfermeiro compreender de forma aprofundada a informação que a pessoa transmite

(Dahlin & Wittenberg, 2019), refletindo sobre o que vê e ouve, e responder de forma adequada (Baldacchino, 2006).

O interesse e atenção são demonstradas durante a interação, através do contacto visual, respostas adequadas (Isaacson & Minton, 2018), bem como pelo cuidado em demonstrar disponibilidade para deixar a conversa seguir o seu rumo natural (Minton et al., 2018), permitindo que os doentes explorem os seus sentimentos e pensamentos de forma espontânea e não diretiva (Taylor, 2021a).

Ter consciência de si e dos limites que influenciam a sua capacidade de atenção total revela honestidade, que é percebida pelas pessoas (Isaacson & Minton, 2018), e essencial para estabelecer a confiança necessária na comunicação eficaz.

1.2. Uso de questões abertas

O início e navegação de conversas sobre espiritualidade é facilitado pela utilização de questões que funcionam como catalisadores (Groebe et al., 2019) , abrindo o espaço necessário à reflexão e diálogo. A colocação de questões simples, por exemplo sobre a existência de medos ou preocupações pode gerar respostas muito diversas, mas significativas e frequentemente ligadas a questões espirituais (Minton et al., 2018). Elas abrem espaço para a expressão livre de ideias, partilha de expectativas (Bachmann et al., 2013) ou expressão de pensamentos sentimentos e preocupações que facilitam uma compreensão mais abrangente das suas necessidades (Baldacchino, 2006; O'Hagan et al., 2014). Permitem também que a pessoa responda de uma forma livre, fiel à sua experiência e ao seu conteúdo emocional, exigindo, no entanto, que o enfermeiro evite interrupções da narrativa (Dahlin & Wittenberg, 2019) quebrando a sua confiança ou perdendo a oportunidade.

1.3. Linguagem adaptada

Durante a comunicação sobre aspetos da espiritualidade a linguagem deve ser adaptada, com uma escolha cuidadosa das palavras que permita harmonização com a linguagem usada pela pessoa. (Noome et al., 2017). O enfermeiro deve ter cuidado de utilizar conceitos e terminologia espiritual e religiosa familiar à pessoa, o que simultaneamente mantém a clareza, demonstra respeito pela sua visão do mundo e evita

a imposição de crenças do profissional (Taylor, 2021a). Isto implica um ajustamento da linguagem aos simbolismos e metáforas (Nyatanga, 2023) utilizadas pela pessoa na descrição das suas experiências espirituais, o que demonstra compreensão e sintonia com as suas crenças. A clareza e transparência da comunicação devem também ser garantidas pela adaptação da linguagem ao nível de compreensão da pessoa (Bachmann et al., 2013; O'Hagan et al., 2014).

1.4. Respeito pelo silêncio

Muitas vezes, no seio das conversas significativas surgem silêncios, que embora potencialmente desconfortáveis para o enfermeiro (Minton et al., 2018; Tornøe et al., 2014) são particularmente relevantes e significativos (Minton et al., 2018). O silêncio é versátil, e serve vários objetivos (Bassett et al., 2018), entre eles a criação do espaço que a pessoa necessita para processar pensamentos e emoções (Baldacchino, 2006; Minton et al., 2018; O'Hagan et al., 2014), assumindo um caráter transformador a nível interno (Minton et al., 2018) Ao não quebrar o silêncio, o enfermeiro cria oportunidade para a pessoa explorar de forma mais aprofundada o que pensa e sente, e por vezes revelar informações mais sensíveis, preocupações profundas ou experiências passadas significativas (Dahlin & Wittenberg, 2019). Nesse espaço de silêncio, o enfermeiro pode ficar mais atento ao comportamento e mensagens não verbais da pessoa, reconhecendo potenciais sinais de sofrimento (Tornøe et al., 2014).

O silêncio usado de forma intencional e consciente pelo enfermeiro pode promover a melhoria da relação terapêutica, quando é usado para demonstrar respeito e empatia (Basset, 2019). Para isso, o enfermeiro deve aprender a estar confortável no silêncio, facilitando a reflexão por parte da outra pessoa (Isacson & Minton, 2018), mantendo o seu foco no "estar" em vez de no "fazer" (Tornøe et al., 2014).

1.5. Clarificação das mensagens

Dado o caráter complexo e intrincado da espiritualidade, nem sempre as questões que lhe dizem respeito são expressas de forma explícita (Fay & OBoyle, 2019), e por vezes declarações feitas acerca de preocupações ou necessidades, que à primeira vista são de

ordem física, frequentemente apresentam significados subjacentes de caráter espiritual (Van Meurs et al., 2018). Neste sentido, a escuta ativa exige atenção à utilização de linguagem simbólica relacionada com o domínio espiritual (van Leeuwen & Cusveller, 2004), e utilização de figuras de estilo, como a metáfora, para descrever sentimentos (Taylor, 2021a), expressões de medo, esperança ou pedidos de práticas espirituais ou religiosas (Walker & Breitsameter, 2017).

A utilização de técnicas que convidam à clarificação, como refletir, parafrasear e resumir as mensagens verbais (O'Hagan et al., 2014), não só permite o esclarecimento do que foi dito, como encoraja a exploração dos significados implícitos (Isaacson & Minton, 2018). O estilo de comunicação e respostas dadas pelo enfermeiro devem ser sintónicas com o da pessoa, ou seja, expressões emocionais requerem respostas empáticas, enquanto um discurso intelectual requer que o enfermeiro resuma ou reafirme o que foi dito, ajudando a pessoa a clarificar os seus pensamentos (Taylor, 2021a).

1.6. A observação

Ao averiguar a existência de necessidades espirituais, a informação que decorre da capacidade de observação do enfermeiro é tão importante quanto a que obtém de forma verbal (Noome et al., 2017). Indicadores contidos na comunicação paraverbal, reações de protesto exacerbado e contradição entre o verbal e o não-verbal podem ser indicativos de conflito, ambivalência ou sentimentos negativos que devem ser explorados (O'Hagan et al., 2014). Também alterações comportamentais, como o isolamento social (Fay & OBoyle, 2019) ou mudanças de humor podem indicar sofrimento ou necessidades espirituais não satisfeitas (Walker & Breitsameter, 2017). A observação atenta pode também revelar pistas, contidas por vezes em pertences pessoais, que o enfermeiro pode utilizar para facilitar o início de diálogos sobre questões existenciais ou espirituais (Fay & OBoyle, 2019).

O enquadramento das necessidades dos doentes numa perspetiva holística permite compreender que o sofrimento espiritual se pode manifestar de forma física, como por exemplo em agitação (Govier, 2000; Tornøe et al., 2014), exigindo, no entanto,

a exclusão de eventos fisiológicos reversíveis, como infecções, obstipação ou delírio, antes de confirmar que se encontra subjacente uma causa espiritual (Fay & OBoyle, 2019).

A identificação de bem-estar ou angústia torna-se um desafio quando existe compromisso de comunicação associado a deterioração das capacidades físicas (Fay & OBoyle, 2019), falta de energia (Groebe et al., 2019) e limitações cognitivas (Fay & OBoyle, 2019; Groebe et al., 2019), sendo nestas condições indispensável a capacidade de observação e atenção aos sinais não verbais (Isaacson & Minton, 2018).

2. ATITUDES DO ENFERMEIRO

A prestação de cuidados espirituais depende de uma excelente relação entre enfermeiro e pessoa, baseada em atitudes positivas do enfermeiro no processo de comunicação, que influenciam o comportamento (Panczyk et al., 2021). Desta forma, as atitudes profissionais do enfermeiro são determinantes no envolvimento e na relação estabelecida com a pessoa (Groebe et al., 2019; O'Hagan et al., 2014), e são fundamentais para obter resultados terapêuticos eficazes. A empatia, a presença e a sensibilidade cultural e espiritual são consistentemente referidas na literatura como componentes fundamentais presentes na interação com a pessoa e facilitadores no processo de comunicação.

2.1. Empatia

A empatia está intimamente ligada ao processo de cuidados, melhora a relação enfermeiro-pessoa e é um elemento de qualidade nos cuidados de enfermagem (Wu, 2021). É caracterizada pela capacidade de compreensão dos sentimentos, experiências ou capacidades da pessoa (Wu, 2021), e por isso central na construção de uma relação de confiança (Baldacchino, 2006). A empatia promove o sentimento de compreensão e valorização junto da pessoa durante a discussão de questões espirituais (Murray et al., 2004), facilitando o ultrapassar de eventual relutância na partilha de necessidades ou sofrimento profundo. Desta forma ela facilita a comunicação eficaz (Kerr et al., 2020) e resultados terapêuticos eficazes (Taylor, 2021b)

Norfolk et al. (2007) enfatizam que a empatia é uma habilidade prática que pode ser desenvolvida e aplicada para melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes em situações paliativas. Para isso, o enfermeiro deve sintonizar-se com as mensagens de caráter intelectual, emocional e espiritual presentes no discurso, bem como com as não-verbais, e responder de forma adequada e intencional (Taylor, 2021b). Ao adotar uma comunicação responsiva às emoções manifestadas (O'Hagan et al., 2014), o enfermeiro reconhece e valida os sentimentos e experiências da pessoa (Baldacchino, 2006), demonstrando interesse genuíno pelo seu bem-estar (O'Hagan et al., 2014), que a pessoa percebe como suporte e compromisso de não abandono nos momentos de necessidade (Tornøe et al., 2015).

2.2. Presença

A presença é um componente específico essencial na comunicação em enfermagem (Dahlin & Wittenberg, 2019), especialmente relevante na prestação de cuidados espirituais (van Leeuwen & Cusveller, 2004). A presença referida, não só física, mas também emocional (Puchalski et al., 2006), oferece conforto e permite à pessoa expor-se, se assim o desejar (Fay & OBoyle, 2019), criando ao enfermeiro oportunidade de conhecer os seus medos, esperanças ou arrependimentos (Dahlin & Wittenberg, 2019).

Dedicar tempo à pessoa, mesmo num ambiente de cuidados atarefado demonstra valorização da pessoa e da importância que as suas necessidades têm no processo de cuidados (O'Hagan et al., 2014), o que permite a criação de uma ligação de confiança e suporte (Fay & OBoyle, 2019).

A presença física e emocional junto da pessoa, especialmente quando esta se encontra profundamente vulnerável transmite atenção e compaixão (Sokolovskiy et al., 2023) e assume especial relevância quando a comunicação verbal se encontra comprometida (Dahlin & Wittenberg, 2019). Nestas situações, uma presença sem ação pode transmitir um imenso conforto e apoio aos doentes que enfrentam angústia espiritual e existencial (Tornøe et al., 2015)

2.3. Sensibilidade cultural e espiritual e não julgamento

A sensibilidade cultural e religiosa inclui a compreensão que aspetos como a cultura, religião, etnia ou língua influenciam a espiritualidade (Wittenberg, 2019), e consequentemente as necessidades espirituais, bem como a adoção de diferentes práticas e estratégias de enfrentamento face à doença (Baldacchino, 2006).

As crenças culturais, religiosas e espirituais moldam as necessidades (Zhu et al., 2021), e desconsiderá-las pode prejudicar significativamente a capacidade de as reconhecer e abordar adequadamente (Dellenborg & Enstedt, 2023). Elas influenciam também as preferências de cuidados, devendo por isso serem consideradas e incluídas nos planos de cuidados, de forma a promover a autonomia e o respeito pelos valores individuais (Baldacchino, 2006). A sua influência pode também estender-se ao estilo de comunicação da pessoa (O'Hagan et al., 2014), o que exige do enfermeiro capacidade de reconhecer sinais verbais e não-verbais conducentes à compreensão de normas de comunicação específicas que influenciam a prestação de cuidados (Dahlin & Wittenberg, 2019).

Numa sociedade tendencialmente multicultural, os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos a sistemas de crenças que influenciam a perceção sobre saúde, doença e cuidados, numa ótica divergente e potencialmente conflituante com os princípios e práticas ocidentais (Choudry et al., 2018). Nestas situações a sensibilidade e respeito pelas particularidades e singularidade de cada pessoa devem orientar o enfermeiro na procura da convergência na relação e comunicação (Goldsmith et al., 2020), promovendo o cuidado de forma inclusiva e respeitosa.

Lidar com tradições culturais e espirituais muito específicas pode motivar desconforto, ceticismo ou preconceito baseado em ideias estereotipadas que comprometem a eficácia dos cuidados (Liefbroer et al., 2017). É necessário que o enfermeiro vá além da mera tolerância sobre tradições socioculturais diferentes da sua, e seja capaz de demonstrar respeito e consideração genuína sobre os mesmos (Choudry et al., 2018), adotando uma atitude de não julgamento (Isaacson & Minton, 2018). Para isso o enfermeiro deve desenvolver uma atitude autoconsciente sobre o seu próprio histórico espiritual (Noome et al., 2017), e sistema de valores e crenças, reconhecendo e

evitando a sua imposição sobre a pessoa (Espinel et al., 2022) e a sua potencial influência na forma como presta cuidados (Dahlin & Wittenberg, 2019).

3. COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Os cuidados espirituais carecem de um trabalho colaborativo e interdisciplinar assente em comunicação eficaz entre os elementos que a constituem, de forma a promover o cuidado centrado na pessoa (Ferrell et al., 2019) e uma resposta abrangente ao sofrimento (Siler et al., 2019). A comunicação interdisciplinar contribui para a construção de planos de cuidados abrangentes (Puchalski et al., 2006) orientados para objetivos comuns (Dahlin & Wittenberg, 2019). Para isso é necessária coordenação na recolha de informação que facilite a identificação de necessidades neste domínio (Ferrell et al., 2019), e a sua partilha consistente dentro da equipa (Almack et al., 2012).

É fundamental a colaboração entre os profissionais (Baldacchino, 2006) no sentido de clarificar papéis dentro da equipa quanto ao profissional responsável por abordar o doente em questões espirituais, evitando a sobreposição de conversas potencialmente penosas, ou a incongruências nos cuidados (Reinke et al., 2010). A responsabilidade pelo cuidado espiritual é interdisciplinar e transversal a todos os elementos da equipa (Puchalski et al., 2006), mas o nível de envolvimento de cada profissional pode ser contingente tanto às características e necessidades de cada pessoa (Dahlin & Wittenberg, 2019), bem como às capacidades individuais dos elementos da equipa (Puchalski et al., 2006). Torna-se por isso necessário uma comunicação clara e eficaz para que estas perícias sejam reconhecidas, clarificadas e respeitadas no seio da equipa (Dahlin & Wittenberg, 2019). É recomendado que a partilha de informação sobre avaliação de necessidades espirituais (Espinel et al., 2022), e a discussão sobre papéis e responsabilidades de cada elemento (Reinke et al., 2010) seja feita em reuniões interdisciplinares.

Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros a aceder a informação sobre a pessoa, encontrando-se por isso em posição de destaque na identificação e comunicação de necessidades e preferências da pessoa aos restantes elementos da equipa (Puchalski et al., 2006). O seu papel é por isso particularmente relevante na colaboração e

mobilização coletiva da equipa com vista ao benefício da pessoa (Goldsmith et al., 2020). É também importante que o enfermeiro contribua para o desenvolvimento de uma linguagem comum no que respeita aos conceitos-chave sobre a espiritualidade, de forma a normalizar e uniformizar a prática destes cuidados (Viftrup et al., 2021).

4. CONCLUSÃO

Os cuidados no domínio espiritual estão intimamente ligados aos princípios do cuidado centrado na pessoa e requerem uma abordagem altamente individualizada e sustentada pelo respeito e interesse genuíno na experiência e individualidade da pessoa.

A aprendizagem e domínio de técnicas na área da comunicação bem como a adoção de atitudes e comportamentos no âmbito da relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa sustentam todo o processo de cuidados espirituais. A utilização proficiente e intencional de técnicas de comunicação com a pessoa torna os diálogos significativos e promotores da identificação das necessidades e sofrimento espiritual.

A empatia e a presença são aspetos fundamentais dos cuidados espirituais. A sua utilização sistemática e intencional na valorização das necessidades e bem-estar espiritual junto da pessoa, encoraja discussões abertas sobre espiritualidade, e a sua compreensão como aspeto determinante em saúde.

As competências de comunicação contribuem para que o enfermeiro advogue e colabore com a equipa na promoção do bem-estar espiritual como aspeto determinante no alívio do sofrimento e promoção do bem-estar da pessoa em situação paliativa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K., & Seymour, J. (2012). After you: Conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliative Care*, 11(15), 2–10. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-11-15>
- Andersen, A. H., Illes, Z., & Roessler, K. K. (2023). Regaining Autonomy in a Holding Environment: Patients' Perspectives on the Existential Communication with Physicians When Suffering from a Severe, Chronic Illness: A Qualitative Nordic Study. *Journal of Religion and Health*, 62(4), 2375–2390. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01658-7>
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Bailey, M., Moran, S., & Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 42–48.
- Balboni, T. A., Vanderweele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 885–896. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x>
- Bassett, L., Bingley, A. F., & Brearley, S. G. (2018). Silence as an element of care: A meta-ethnographic review of professional caregivers' experience in clinical and pastoral settings. In *Palliative Medicine* (Vol. 32, Issue 1, pp. 185–194). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216317722444>
- Browall, M., Henoeh, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>

- Choudry, M., Latif, A., & Warburton, K. G. (2018). An overview of the spiritual importances of end-of-life care among the five major faiths of the United Kingdom. *Clinical Medicine (London, England)*, 18(1), 23–31. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-1-23>
- Conley, C. C., Otto, A. K., McDonnell, G. A., & Tercyak, K. P. (2021). Multiple approaches to enhancing cancer communication in the next decade: Translating research into practice and policy. In *Translational Behavioral Medicine* (Vol. 11, Issue 11, pp. 2018–2032). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab089>
- Dahlin, C. M., & Wittenberg, E. (2019). Communication in Palliative Care: An Essential Competency for Nurses. In B. R. Ferrell & J. A. Paice (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (5th ed., pp. 81–110). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.001.0001>
- Dellenborg, L., & Enstedt, D. (2023). Balancing hope at the end of life organisational conditions for spiritual care in palliative homecare in Sweden. *Social Science & Medicine* (1982), 331, 116078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116078>
- Espinel, J., Colautti, N., Reyes Donoso, M. M., López Saca, J. M., Riveros Rios, M. E., Mazzotti, U., Espín González, I. I., Mas, M., Rios, M., Ramos, L., Rodríguez Paz, M. A., Bonilla, P., & Delgado Guay, M. O. (2022). Competencies for quality spiritual care in palliative care in Latin America: from the Spirituality Commission of the Latin American Association for Palliative Care. *Annals of Palliative Medicine*, 11(10), 3247–3262. <https://doi.org/10.21037/apm-22-519>
- Fay, Z., & OBoyle, C. (2019). How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(5), 233–243. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.5.233>
- Ferrell, B., Buller, H., Paice, J., Anderson, W., & Donesky, D. (2019). End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Interdisciplinary Palliative Care Teams. *Journal of Palliative Medicine*, 22(9), 1082–1091. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0645>
- Ferrell, B. R., Buller, H., Paice, J. A., Glajchen, M., & Haythorn, T. (2023). Interprofessional communication training to address spiritual aspects of cancer care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 29(4), 399–411. <https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2097781>
- Goldsmith, J. V, Wittenberg, E., & Parnell, T. A. (2020). The COMFORT Communication Model: A Nursing Resource to Advance Health Literacy in Organizations. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 22(3), 229–237. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000647>

- Govier, I. (2000). Spiritual Care in Nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*, 14(17), 32–36.
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R., & Strupp, J. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(8), 697–704. <https://doi.org/10.1177/1049909119836238>
- Isaacson, M. J., & Minton, M. E. (2018). End-of-life communication nurses cocreating the closing composition with patients and families. *Advances in Nursing Science*, 41(1), 2–17. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000186>
- Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3197–3205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12566>
- Kerr, D., Milnes, S., Ammentorp, J., McKie, C., Dunning, T., Ostaszkiwicz, J., Wolderslund, M., & Martin, P. (2020). Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 416–428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15099>
- Liefbroer, A. I., Olsman, E., Ganzevoort, R. R., & van Etten-Jamaludin, F. S. (2017). Interfaith Spiritual Care: A Systematic Review. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1776–1793. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0369-1>
- Mcsherry, W., Boughey, A., & Attard, J. (2021). *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care* (W. McSherry, A. Boughey, & J. Attard, Eds.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5>
- Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S. (2018). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 173–181. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13867>
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>
- Noome, M., Beneken Genaamd Kolmer, D. M., van Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 569–578. <https://doi.org/10.1111/scs.12371>

- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007). The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical Education*, 41(7), 690–697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02789.x>
- Nyatanga, B. (2023). Attending to the spiritual needs of dying patients. *British Journal of Community Nursing*, 28(9), 428–428. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.9.428>
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., Mcnamara, T., Webb, G., & Mccoll, G. (2014). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344–1355. <https://doi.org/10.1111/jan.12296>
- Onan, N., Barlas, G., Karaca, S., Yildirim, N., Taskiran, O., & Sumeli, F. (2015). The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills and Psychological Symptoms in Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(3), 170–177. <https://doi.org/10.5455/musbed.20150602021515>
- Panczyk, M., Iwanow, L., Musik, S., Wawrzuta, D., Gotlib, J., & Jaworski, M. (2021). Perceiving the Role of Communication Skills as a Bridge between the Perception of Spiritual Care and Acceptance of Evidence-Based Nursing Practice—Empirical Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/IJERPH182312591>
- Peerboom, F. B. A. L., Friesen-Storms, J. H. H. M., Coenegracht, B. J. E. G., Pieters, S., van der Steen, J. T., Janssen, D. J. A., & Meijers, J. M. M. (2023). Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning from the perspective of nursing staff, older people, and family caregivers: a scoping review. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01523-2>
- Puchalski, C. M., Lunsford, B., Harris, M. H., & Miller, R. T. (2006). Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 12(5), 398–416. <https://doi.org/10.1097/00130404-200609000-00009>
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R., Dotolo, D., Silvestri, G. A., & Curtis, J. R. (2010). Nurses' identification of important yet under-utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illnesses. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 753–759. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0423>
- Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurrpa, K., & Fitch, M. (2016). A qualitative analysis of a healthcare professional's understanding and approach to management of spiritual

- distress in an acute care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 19(11), 1197–1204.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0135>
- Siler, S., Mamier, I., Winslow, B. W., & Ferrell, B. R. (2019). Interprofessional perspectives on providing spiritual care for patients with lung cancer in outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 46(1), 49–58. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.49-58>
- Sokolovskiy, K., Pashanova, O., Beketov, V., & Aleshkin, A. (2023). Adoption of patient communication rules in clinical practice and the role of faith-based communities in shaping them: the palliative aspect of spiritual support. *Mental Health, Religion & Culture*, 26(1), 16–33. <https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2169269>
- Taylor, E. J. (2021a). Communicating with Persons Who Express Spiritual Struggle at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(4), 199–203.
<https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.4.199>
- Taylor, E. J. (2021b). Healing Communication: A Precision Instrument for Spiritual Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(5), 151213.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151213>
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-25/TABLES/1>
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: Nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>
- Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching team's experience: Training care workers in spiritual and existential care for the dying - A qualitative study Knowledge, education and training. *BMC Palliative Care*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0042-y>
- van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x>
- Van Meurs, J., Smeets, W., Vissers, K. C. P., Groot, M., & Engels, Y. (2018). Nurses Exploring the Spirituality of Their Patients with Cancer: Participant Observation on a Medical Oncology Ward. *Cancer Nursing*, 41(4), E39–E45.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000526>

- Viftrup, D. T., Laursen, K., & Hvidt, N. C. (2021). Developing an educational course in spiritual care: An action research study at two danish hospices. *Religions*, 12(10). <https://doi.org/10.3390/rel12100827>
- Walker, A., & Breitsameter, C. (2017). The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *Journal of Religion and Health*, 56, 2237–2250. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0396-y>
- Wittenberg, E., Ragan, S. L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(6), 566–571. <https://doi.org/10.1177/1049909116641630>
- Wu, Y. (2021). Empathy in nurse-patient interaction: a conversation analysis. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00535-0>
- Zhu, S., Zhu, H., Zhang, X., Liu, K., Chen, Z., Yang, X., Sun, C., Xie, W., Xu, Q., Li, W., Pang, D., Cui, Y., & Wang, H. (2021). Care needs of dying patients and their family caregivers in hospice and palliative care in mainland China: a meta-synthesis of qualitative and quantitative studies. *BMJ Open*, 11(11), e051717. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051717>

Apêndice III – Identificação das Necessidades Espirituais das Pessoas em Situação Paliativa: Protocolo de *scoping review*

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa**

Estágio com Relatório

**Identificação das Necessidades Espirituais das
Pessoas em Situação Paliativa**
Protocolo de Scoping Review

Maria Teresa Filipe Santos

Lisboa
Abril 2024

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line at the bottom left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa**

Estágio com Relatório

**Identificação das Necessidades Espirituais das
Pessoas em Situação Paliativa**
Protocolo de Scoping Review

Maria Teresa Filipe Santos



Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Melo e Silva



Lisboa
Abril 2024

ÍNDICE

1. TÍTULO	4
2. RESUMO	4
3. INTRODUÇÃO	5
4. OBJETIVO	7
5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	7
6. MÉTODOS	8
7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	8
7.1. POPULAÇÃO	8
7.2. CONCEITO	8
7.3. CONTEXTO	9
8. TIPOS DE ESTUDO	9
9. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	9
9. IDENTIFICAÇÃO DE ESTUDOS RELEVANTES	10
10. EXTRAÇÃO DOS DADOS	10
11. SÍNTESE DE DADOS	11
12. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:	11
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
Tabela 1 - Estratégia de Pesquisa MEDLINE (EBSCO).....	16
Tabela 2 - Estratégia de Pesquisa CINAHL (EBSCO).....	17
Tabela 3 - Tabela de extração de dados.....	18

1. TÍTULO

Identificação das Necessidades Espirituais das Pessoas em Situação Paliativa: Protocolo de *Scoping Review*

2. RESUMO

Objetivo: A presente *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência disponível quanto às necessidades espirituais identificadas em pessoas adultas em situação paliativa. Pretende-se oferecer uma visão abrangente sobre o estado do conhecimento atual, identificar eventuais lacunas e orientar futuras investigações, tendo como ponto de partida a questão de investigação: *“Que necessidades espirituais foram até à data identificadas em pessoas adultas em situação paliativa?”*

Introdução: A evidência tem demonstrado a relação positiva entre o bem-estar espiritual e a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa, influenciando de igual forma a sua satisfação com os cuidados de saúde. Os cuidados espirituais, constituem um imperativo ético em cuidados paliativos, encontrando-se, no entanto, documentada uma integração em contexto clínico aquém do recomendado, decorrente de alguns fatores como a complexidade do tema e a dificuldade na identificação das necessidades espirituais existentes. A prestação de cuidados espirituais depende da avaliação sistemática das necessidades deste domínio, que apesar de complexa, pode compreender temas e aspetos comuns. Considera-se desta forma pertinente mapear o conhecimento existente quanto às necessidades já identificadas.

Crterios de inclusão: Estudos primários conduzidos em contexto clínico de prestação de cuidados a pessoas em situação paliativa com idade superior ou igual a 18 anos.

Métodos: A revisão será orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), e conduzida através de pesquisa estruturada nas bases de dados PubMed, SciELO, MEDLINE Ultimate (EBSCO), CINAHL Ultimate (EBSCO) e PROSPERO. A análise dos dados extraídos pretende fornecer visão abrangente sobre necessidades espirituais identificadas, relacionando eventuais padrões ou temas recorrentes.

Palavras-chave: Espiritualidade, necessidades espirituais, cuidados paliativos.

3. INTRODUÇÃO

A espiritualidade, como dimensão intrinsecamente humana relacionada com a forma como as pessoas procuram e expressam significado, propósito e transcendência (Puchalski et al., 2014), tem sido reconhecida um poderoso recurso interno de enfrentamento da doença e sofrimento (M. J. Balboni et al., 2013). A importância da sua abordagem como parte essencial dos cuidados paliativos, tal como definidos pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2014), tem sido amplamente enfatizada, reconhecendo-se o seu potencial para influenciar o bem-estar global dos indivíduos (Jim et al., 2015), bem como a sua qualidade de vida, e a tomada de decisão em saúde (T. A. Balboni et al., 2022).

Apesar da espiritualidade poder constituir recurso de força e resiliência no enfrentamento da doença grave, para um número significativo de pessoas esta situação pode indicar o início de questões ou problemas de ordem espiritual com impacto significativo no bem-estar (Pargament & Ano, 2006). Vários autores referem que o confronto com a finitude pode levar ao sofrimento por desespero existencial agudo, perda de integridade espiritual, de sentido e objetivo na vida (Narayanasamy, 2007), e que as necessidades e as lutas espirituais são por isso comuns entre as pessoas que enfrentam doenças graves (García-Navarro et al., 2022; Hodge et al., 2016; Mamier et al., 2021; Vilalta et al., 2014), mesmo que estas não se identifiquem como religiosas (Astrow et al., 2018). Tem sido também evidenciado, que as necessidades espirituais não satisfeitas contribuem para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida (T. A. Balboni et al., 2022; Pearce et al., 2012), podendo estas pessoas apresentar taxas mais elevadas de depressão e uma menor sensação de significado espiritual e de paz (Mercier et al., 2023).

Puchalski et al. (2004), sublinham a importância de reconhecer e abordar as crenças espirituais, religiosas e culturais dos doentes em cuidados paliativos como aspeto crucial da prestação de cuidados holísticos, e outros autores salientam a sua importância no seio de uma abordagem de cuidados centrados na pessoa e família (T. A. Balboni et al., 2022; Ferrell et al., 2018).

Os cuidados espirituais implicam abordar as dificuldades espirituais dos doentes, ouvir as suas necessidades e apoiar a sua espiritualidade (Büssing, 2021). Vários estudos sugerem que os doentes têm expectativa de receber cuidados espirituais por parte das

equipas de saúde que os assistem (Astrow et al., 2018; T. A. Balboni et al., 2022; Williams et al., 2011), e que estes influenciam positivamente a percepção de qualidade dos cuidados de saúde recebidos bem como a satisfação com os mesmos (T. A. Balboni et al., 2022; Steinhauser et al., 2017). Por outro lado, níveis mais elevados de bem-estar espiritual em doentes paliativos podem contribuir para uma melhor gestão dos sintomas, melhor ajustamento emocional, e conseqüentemente para uma melhor qualidade de vida global (García-Navarro et al., 2022). Desta forma, e atendendo ao potencial sofrimento que acarretam, a abordagem às necessidades e questões de ordem espiritual torna-se uma responsabilidade ética dos profissionais de saúde (Best et al., 2020), sendo o cuidado espiritual reconhecido como um requisito para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, especialmente no suporte às pessoas em situação paliativa (Ferrell et al., 2018; Puchalski et al., 2014).

Não obstante a existência destas orientações, a atenção sobre a dimensão espiritual não tem acompanhado os avanços na abordagem da dimensão física (Quinn & Connolly, 2023). As necessidades espirituais raramente são avaliadas, e a integração sistemática do cuidado espiritual na prática clínica ainda se encontra aquém do desejável (Gijsberts et al., 2019). A prestação de cuidados espirituais de forma consistente e sistematizada às pessoas em situação paliativa depende da integração de uma prática regular de avaliação das necessidades espirituais, de forma a reduzir a atual disparidade entre as recomendações e os défices em contexto clínico (Laranjeira et al., 2023).

No entanto avaliar as necessidades espirituais de um indivíduo constitui uma tarefa difícil, dado o seu caráter subjetivo e singular. A EAPC sublinha que o campo espiritual é multidimensional, e que abrange desafios existenciais, considerações e atitudes baseadas em valores e bem como questões de fundamento religioso (Best et al., 2020). As necessidades espirituais têm por isso um âmbito alargado, abrangendo mais do que a religião, e encontrando-se estreitamente ligadas ao objetivo e ao sentido da vida (Hermann, 2001).

Até à data, as necessidades espirituais identificadas pela investigação em cuidados paliativos abrangem uma vasta gama de aspetos, destacando-se os interpessoais, transpessoais e transcendentais (Steinhauser et al., 2017). Estudos demonstraram que no contexto de cuidados paliativos, os doentes expressam diversas preocupações espirituais,

como a solidão, o perdão, a necessidade de serem recordados e as preocupações religiosas (Simha et al., 2013). Noutro estudo conduzido em pessoas com cancro foram identificadas necessidades espirituais em quase todos os doentes, sendo a necessidade de paz e de dádiva apontadas como as mais cruciais (Höcker et al., 2014). Estes e outros estudos suportam a existência de grande diversidade nas formas de manifestação da espiritualidade (Hodge, 2015), o que, a par com o seu carácter complexo, merece uma exploração exaustiva de forma compreender os diversos aspetos em que os doentes podem necessitar de apoio (Caxaj et al., 2018), e que condicionam a individualização da intervenção das equipas de saúde (Hodge, 2015).

Apesar de vários estudos terem até à data identificado necessidades espirituais em doentes paliativos, a maioria encontra-se limitada a contextos específicos de ordem clínica (Chochinov et al., 2016; Damen et al., 2021; Gravier et al., 2020; Riklikienė et al., 2019), ou socio-cultural (Höcker et al., 2014; Mamier et al., 2021), e não se conhecem outras revisões scoping, sobre necessidades espirituais em doentes paliativos que não estejam circunscritas a determinadas características ou contextos clínicos, ou sociodemográficos.

4. OBJETIVO

A presente revisão scoping pretende mapear as necessidades espirituais identificadas até à data em pessoas adultas em contexto paliativo, contribuindo para a sua melhor compreensão e conseqüentemente ajudar a direccionar as intervenções nesta área de cuidado, bem como fornecer uma visão do estado atual do conhecimento e eventuais lacunas a explorar em estudos futuros.

5. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- De forma a dar resposta ao objetivo definido, foi elaborada a seguinte questão de investigação: *Que necessidades espirituais foram até à data identificadas em pessoas adultas em situação paliativa?*

6. MÉTODOS

Dada a intenção de mapear o estado atual do conhecimento sobre necessidades espirituais em doentes paliativos adultos, o presente protocolo de *scoping*, será conduzido de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2024), utilizando uma estratégia de pesquisa e a análise dos artigos alinhada com as orientações de revisões sistemáticas e extensão de meta-análises: PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Foi previamente realizada uma pesquisa sobre o tema em estudo nas bases de dados, como a PubMed database, JBI Evidence Synthesis e PROSPERO não tendo sido encontrada nenhuma *scoping review* semelhante.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade que definem os limites dos estudos a serem incluídos foram determinados com base nos elementos da População, Conceito e Contexto (PCC), de acordo com os princípios orientadores do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2024).

7.1. POPULAÇÃO

Serão considerados nesta revisão todos os estudos que contemplem pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, em situação paliativa, independentemente do diagnóstico. As pessoas com idade inferior a 18 anos serão excluídas da análise, tal como estudos que contemplem populações mistas, exceto se os dados referentes aos participantes adultos se encontrarem isolados.

7.2. CONCEITO

Esta revisão irá focar-se na identificação de necessidades espirituais. Sendo a espiritualidade um fenómeno multifacetado e complexo, não existe ainda uma definição clara e consensual de necessidade espiritual (Desmet et al., 2020). Em contexto de investigação, a definição de necessidade espiritual pode variar com base em vários modelos conceptuais, bem como perspetivas culturais, religiosas e individuais, e os questionários de avaliação das necessidades espirituais podem centrar-se em aspetos

específicos da espiritualidade (Seddigh et al., 2016). Apesar de não existir uma clara definição de necessidades espirituais, Büssing (2021) sugere que elas se podem enquadrar em várias dimensões, incluindo as existenciais, as necessidades de paz interior e as de doação/generatividade. Elas podem estar presentes tanto em indivíduos religiosos como não religiosos, indo por isso além das crenças religiosas tradicionais (Desmet et al., 2020). Por conseguinte, irão ser consideradas as necessidades que dizem respeito a qualquer aspeto da espiritualidade incluindo, mas não se limitando, a questões existenciais, sofrimento existencial, preocupações espirituais ou religiosas, procura de propósito ou sentido, perdão, amor, esperança ou fé.

7.3. CONTEXTO

Serão considerados todos os estudos efetuados em contexto de prestação de cuidados paliativos, independentemente do ambiente ou nível de cuidados, o que inclui serviços de internamento hospitalar, unidades de cuidados paliativos, consultas de especialidade ou equipas de suporte comunitário.

8. TIPOS DE ESTUDO

Esta revisão irá considerar estudos primários de metodologia qualitativa, quantitativa ou mista. Serão considerados estudos escritos em português, inglês e espanhol, e não será aplicado limite temporal quanto à data de publicação. Os artigos de opinião, editoriais, bem como todos aqueles que não se relacionem com o objetivo, conceito, ou contexto definido serão excluídos.

9. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Irá ser aplicada a estratégia de pesquisa em três fases, de acordo com as recomendações do JBI. Em primeiro lugar, foi efetuada uma pesquisa preliminar e limitada nas bases de dados *Google Scholar*, MEDLINE (EBSCO) e CINHAI (EBSCO) utilizando as palavras-chave *Spirituality, spiritual needs, needs assessment, palliative care*. de forma a determinar os termos indexados adequados, com base na análise dos resumos dos artigos

obtidos. De seguida foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa completa para as bases MEDLINE (EBSCO) e CINAHL (EBSCO) Tabela 2, com base nas informações dos títulos e resumos dos artigos obtidos. Numa terceira fase, será efetuada uma pesquisa completa nas seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, MEDLINE Ultimate (EBSCO), CINAHL Ultimate (EBSCO) e PROSPERO, com a estratégia a ser adaptada a cada base de dados e de acordo com a informação obtida. A lista de referências de todos os artigos identificados será pesquisada para identificar estudos adicionais relevantes.

9. IDENTIFICAÇÃO DE ESTUDOS RELEVANTES

Os artigos encontrados serão avaliados por dois revisores independentes para determinar a sua relevância, com base na informação contida no título e no resumo. Os artigos que cumpram os critérios de elegibilidade serão obtidos de forma integral, incluindo os que suscitem discordância ou incerteza entre os dois revisores. A análise do conteúdo integral dos artigos quanto aos critérios de inclusão será conduzida de forma independente pelos dois revisores. Em caso de diferendo nas decisões individuais quanto à elegibilidade de um artigo, será promovido o consenso através de debate entre os dois revisores, que, não sendo alcançado, dará lugar a uma avaliação por um terceiro investigador para tomada de decisão final.

10. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados dos artigos e estudos selecionados serão extraídos para uma tabela descritiva que inclui os elementos que dão resposta às questões de investigação previamente formuladas, elaborada após a busca preliminar efetuada. Esta tabela será aperfeiçoada em caso de necessidade, após a extração dos dados dos primeiros estudos, por decisão dos revisores. A tabela será composta *à priori* pelos seguintes campos: título, autor, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo / desenho, participantes, contexto, necessidades espirituais, métodos de avaliação espiritual utilizados.

11. SÍNTESE DE DADOS

Os dados serão sintetizados utilizando a análise temática para identificar temas e padrões comuns relacionados com as necessidades espirituais nos cuidados paliativos.

Os resultados destacarão o âmbito das necessidades espirituais em pacientes paliativos adultos e fornecerão uma visão da diversidade cultural, religiosa e espiritual dentro desta população. Serão discriminadas as possíveis relações identificadas pelos autores quanto à existência de relação entre as necessidades espirituais identificadas e as características específicas da população estudada.

12. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Uma vez que esta revisão envolverá a análise da literatura existente, não é necessária aprovação ética.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N., & Sulmasy, D. P. (2018). Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009>
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Peteet, J. R., Prigerson, H. G., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461–467. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>
- Balboni, T. A., Vanderweele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Büssing, A. (2021). The Spiritual Needs Questionnaire in Research and Clinical Application: a Summary of Findings. *Journal of Religion and Health*, 60, 3732–3748. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4>
- Caxaj, S., Bscn, R. N., Schill Bhsc, K., Janke, R., Mlis, B. A., & Caxaj, C. S. (2018). Priorities and challenges for a palliative approach to care for rural indigenous populations: A scoping review. *Health Soc Care Community*, 26, 329–336. <https://doi.org/10.1111/hsc.12469>
- Chochinov, H. M., Johnston, W., McClement, S. E., Hack, T. F., Dufault, B., Enns, M., Thompson, G., Harlos, M., Damant, R. W., Ramsey, C. D., Davison, S., Zacharias, J., Milke, D., Strang, D., Campbell-Enns, H. J., & Kredentser, M. S. (2016). Dignity and distress towards the end of life across four non-cancer populations. *PLoS ONE*, 11(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147607>
- Damen, A., Exline, J., Pargament, K., Yao, Y., Chochinov, H., Emanuel, L., Handzo, G.,

- Wilkie, D. J., & Fitchett, G. (2021). Prevalence, Predictors and Correlates of Religious and Spiritual Struggles in Palliative Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e139–e147.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.024>
- Desmet, L., Dezutter, J., Vandenhoeck, A., & Dillen, A. (2020). Spiritual needs of older adults during hospitalization: An integrative review. In *Religions* (Vol. 11, Issue 10, pp. 1–27). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/rel11100529>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684–1689.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- García-Navarro, E. B., Medina-Ortega, A., & Navarro, S. G. (2022). Spirituality in patients at the end of life—is it necessary? A qualitative approach to the protagonists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010227>
- Gijsberts, M. J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences (Basel, Switzerland)*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Gravier, A. L., Shamieh, O., Paiva, C. E., Perez-Cruz, P. E., Muckaden, M. A., Park, M., Bruera, E., & Hui, D. (2020). Meaning in life in patients with advanced cancer: a multinational study. *Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3927–3934.
<https://doi.org/10.1007/S00520-019-05239-5/TABLES/3>
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients_a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67–72.
- Höcker, A., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 786–794.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12200>
- Hodge, D. R. (2015). Administering a two-stage spiritual assessment in healthcare settings: A necessary component of ethical and effective care. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 27–38. <https://doi.org/10.1111/jonm.12078>
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760–3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>

- Laranjeira, C., Dixe, M. A., & Querido, A. (2023). Perceived Barriers to Providing Spiritual Care in Palliative Care among Professionals: A Portuguese Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph20126121>
- Mamier, I., Kim, S. M., Petersen, D., Bae, H. J., Taylor, E. J., & Kang, K. A. (2021). Spiritual needs among Koreans and Americans with advanced chronic illnesses: A cultural comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3517–3527. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15854>
- Narayanasamy, A. (2007). *Palliative care and spirituality* (Vol. 13).
- Pargament, K. I., & Ano, G. G. (2006). Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. *Southern Medical Journal*, 99(10), 1161–1162. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000242847.40214.B6>
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., Abernethy, A. P., Pearce, M. J., Koenig, H. G., Coan, A. D., Herndon, J. E., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20, 2269–2276. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1335-1>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Chapter 10: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 689–714. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.004>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>
- Riklikienė, O., Tomkevičiūtė, J., Spirgienė, L., Valiulienė, Ž., & Büssing, A. (2019). *Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101681>
- Seddigh, R., Keshavarz-Akhlaghi, A. A., & Azarnik, S. (2016). Questionnaires

measuring patients' spiritual needs: A narrative literature review. In *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* (Vol. 10, Issue 1). Mazandaran University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-4011>

Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Balboni, T. A. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 428–440. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns: Predictors and Association with Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*, 26(11), 1265–1271. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1781-y>

World Health Organization. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*.

Tabela 1 - Estratégia de Pesquisa MEDLINE (EBSCO)

MEDLINE (EBSCO)		
# Pesquisa	Consulta	Resultados obtidos
S14	S5 AND S10 AND S13	131
S13	S11 OR S12	86,115
S12	(MH "Health ServicesNeeds and Demand")	
S11	(MH "NeedsAssessment")	
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	23,163
S9	(MH "ChaplaincyService, Hospital")	
S8	(MH "Pastoral Care")	
S7	(MH "Religion andMedicine")	
S6	(MH "Spirituality")	
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	92,442
S4	(MH "Hospice andPalliative Care Nursing")	
S3	(MH "Hospice Care")	
S2	(MH "Terminal Care")	
S1	(MH "Palliative Care")	

Tabela 2 - Estratégia de Pesquisa CINAHL (EBSCO)

CINAHL (EBSCO)		
# Pesquisa	Consulta	Resultados obtidos
S17	S7 AND S12 AND S16	147
S16	S13 OR S14 OR S15	53,256
S15	(MH "Human Needs(Psychology)")	
S14	(MH "Health ServicesNeeds and Demand")	
S13	(MH "NeedsAssessment")	
S12	S8 OR S9 OR S10 OR S11	23,377
S11	(MH "ChaplaincyService, Hospital")	
S10	(MH "Religion andMedicine")	
S9	(MH "Spirituality")	
S8	(MH "Spiritual Care") Expansores	
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4OR S5 OR S6	68,904
S6	(MH "Terminal Care")	
S5	(MH "Hospice Nursing")	
S4	(MH "Hospice Care")	
S3	(MH "PalliativeMedicine")	
S2	(MH "Palliative CareNursing")	
S1	(MH "Palliative Care")	

Tabela 3 - Tabela de extração de dados

TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS	
Título	
Autor	
Ano	
País de origem	
Tipo / Desenho do estudo	
Participantes	Descreve as características demográficas e clínicas da população estudada
Contexto	Descreve o ambiente de cuidados onde o estudo foi conduzido
Necessidades espirituais	Descreve as necessidades espirituais identificadas
Métodos de avaliação utilizados	Descreve os instrumentos/ métodos utilizados na identificação das necessidades espirituais