

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**BRUNA TEIXEIRA PINTO**

**CONCEPÇÕES ACERCA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDADO  
EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE  
ATUA COM PACIENTES CRÔNICOS**

**São Carlos**

**2018**

**CONCEPÇÕES ACERCA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDADO  
EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE  
ATUA COM PACIENTES CRÔNICOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**BRUNA TEIXEIRA PINTO**

**CONCEPÇÕES ACERCA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDADO  
EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE  
ATUA COM PACIENTES CRÔNICOS**

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica

Área de concentração em Gestão da Clínica

Orientação: Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

Co-orientação: Profa. Dra. Maristela Carbol

**São Carlos**

**2018**

**BRUNA TEIXEIRA PINTO**

**CONCEPÇÕES ACERCA DA ESPIRITUALIDADE PARA OS PROFISSIONAIS DE  
UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE ATUAM COM PACIENTES CRÔNICOS**

Trabalho de Defesa de Mestrado apresentado à  
Universidade Federal de São Carlos como exigência  
parcial para obtenção do título de mestre profissional em  
Gestão da Clínica

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

---

Prof. Dr. Giovanni Aciole

---

Dra. Catalina Camas Cabreira



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Bruna Teixeira Pinto**

**“Concepções acerca da Espiritualidade no processo de cuidado em saúde dos profissionais de uma equipe multidisciplinar que atua com pacientes crônicos”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 11/06/2018**

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Vieira Rodovalho Callegari - UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Catalina Camas Cabreira – USP-RP

Prof. Dr. Giovanni Aciolo - UFSCar

---

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: [gestaodaclinica@gmail.com](mailto:gestaodaclinica@gmail.com)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que se encontram em processo de tratamento/enfrentamento de um adoecimento e me permitiram adentrar nessa dimensão tão singular e significativa. Vocês contribuem para o meu crescimento pessoal e são a razão da minha satisfação profissional.

Dedico também, em memória, à minha fiel companheira de quatro patas, Kaya, que no decorrer da construção desta pesquisa nos deixou. Todo o seu amor me mostrou diariamente a presença de Deus e, com certeza, você faz parte daquilo que me é sagrado hoje!

## EPÍGRAFE

*“Quem olha para fora, sonha; quem olha para dentro, desperta.”*

Carl Gustav Jung

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os mestres que tive o privilégio de ter em minha vida.

Mestres do ensino, que me mostraram a importância do conhecimento científico e a complexidade do ser humano. Que me ensinaram a cuidar da forma mais pura, delicada e respeitosa. Em especial, agradeço às profas. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari e Dra. Maristela Carbol por todo o conhecimento passado e por participarem da concretização desse estudo, desejado há muitos anos.

Agradeço também aos mestres da minha caminhada profissional, desde a minha turma de graduação (TO 06 – UFSCar) até os profissionais com os quais convivo hoje, que me impulsionam na tentativa de ser cada vez melhor.

Agradeço aos meus mestres da educação, à minha base, ao meu porto seguro, enfim, à minha família.

Ao meu pai, Ricardo Teixeira Pinto e à minha mãe, Rosa Maria de Moura, pelo dom da vida e por uma educação pautada no incentivo à reflexão e na valorização da dimensão espiritual.

Ao meu irmão, David Teixeira Pinto, dono do coração mais puro e altruísta que conheço, por me ensinar a singularidade dessa dimensão e o respeito e fascinação das diferenças.

À minha sobrinha, Bella Jardim Teixeira, que me traz a pureza, a simplicidade e me ensina todos os dias o real valor das coisas.

Por fim, agradeço ao destino, se é que ele existe, por ter me permitindo conhecer todas essas pessoas que fizeram e ainda fazem muita diferença na minha vida e pela oportunidade de me aprofundar no estudo de um tema tão importante, significativo e dono de uma capacidade em fazer a diferença na vida das pessoas.

## RESUMO

O hospital é um local que abrange diferentes fases do ciclo de vida do ser humano que vai desde o nascimento até descobertas diagnósticas e a proximidade com a finitude, contexto que favorece a busca por significados/sentidos essenciais à vida e ao próprio processo de tratamento. Pesquisas demonstram que a inclusão da espiritualidade nos processos terapêuticos pode melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, o enfretamento do adoecimento ou acelerar o processo de cura. Assim, a espiritualidade vem ganhando espaço no mundo acadêmico, estando cada vez mais presente na tríade sujeito-cuidado em saúde-equipe de assistência. Este estudo teve por objetivo identificar como os profissionais de saúde atuantes na enfermaria de moléstias infectocontagiosas do Hospital Estadual Américo Brasiliense, localizado no município de Américo Brasiliense, São Paulo, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes ali internados. Trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, realizado com 25 profissionais de saúde. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista aberta constituída de duas questões norteadoras: “O que você entende por espiritualidade?” e “Como você oferece o cuidado espiritual aos pacientes internados na enfermaria de moléstias infectocontagiosas?”, a qual foi examinada através de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram que os profissionais conceituam a espiritualidade como a conexão com o transcendente, por vezes nomeando como Deus ou ser superior e que realizam o cuidado espiritual baseados na sua própria concepção de espiritualidade, o que traz dificuldades quando o sujeito, foco do cuidado, possui um conceito de espiritualidade divergente ao do profissional. O desconhecimento ou pouco conhecimento do tema foi destacado como um fator limitante na abordagem da espiritualidade no processo de cuidado em saúde.

**Palavras Chave:** espiritualidade, doenças crônicas, equipe de assistência ao paciente

## ABSTRACT

The hospital is a place that covers different phases of the human life cycle, from birth, diagnostic discoveries to proximity to finiteness of life, which favors the pursuit of essential meanings to life and the treatment process itself. Research shows that the inclusion of spirituality in the therapeutic processes can improve the patients' quality of life as well as stimulate either a faster healing process or confrontation with the diseases. Thus, spirituality has been gaining ground in the academic world, being increasingly present in the triad patient-care in health-support team. This study aimed to identify how health professionals who working in the infectious diseases ward at Américo Brasiliense State Hospital, located in Américo Brasiliense, São Paulo, signify spirituality and how they offer spiritual care to hospitalized patients. This is an observational study with a qualitative approach, was carried out with 25 health professionals. Data collection was conducted through an open interview consisting of two guiding questions: "What does spirituality mean to you?" and "How do you offer spiritual care to hospitalized patients in the ward of infectious-contagious diseases?" examined using thematic content analysis. The results showed that professionals conceptualize spirituality as the connection with the transcendent, sometimes calling it God or superior Being, and perform spiritual care based on their own conception of spirituality, which causes difficulties when the subject, the focus of care, has a concept of spirituality divergent from that of the professional. Both the lack of and the little knowledge of the subject was highlighted as a limiting factor in the approach to the spirituality in the process of health care.

**Key words:** spirituality, chronic diseases, patient care team

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Categorias temáticas e subcategorias resultantes do estudo.....	136
Quadro1 – Subcategorias e unidades de significado referentes à categoria temática.....	137
Quadro 2 – Subcategorias e unidades de significado referentes à categoria temática.....	138

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 25).....	52
Tabela 2: Tempo de profissão, de atuação na instituição e na enfermagem MI dos participantes do estudo por períodos.....	53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVE Acidente Vascular Encefálico

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRS Departamento Regional de Saúde

HEAB Hospital Estadual Américo Brasiliense

HIV Human Immunodeficiency Virus

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC Insuficiência Cardíaca Congestiva

MI Moléstias Infectocontagiosas

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

OMS Organização Mundial da Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PNHAH Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar Universidade Federal de São Carlos

UNESCO Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 SAÚDE E CUIDADO ESPIRITUAL.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 ESPIRITUALIDADE X RELIGIÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3 O HOSPITAL.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4 CUIDADOS AOS PACIENTES CRÔNICOS.....</b>	<b>30</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>39</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 CLÍNICA AMPLIADA.....</b>	<b>39</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Aspectos Éticos.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Tipo de estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>5.3 Local do estudo.....</b>	<b>45</b>
<b>5.4 População do estudo.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5 Critérios de elegibilidade.....</b>	<b>47</b>
<b>5.6 Técnica de coleta de dados.....</b>	<b>47</b>
<b>5.7 Procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>48</b>
<b>5.8 Análise dos dados.....</b>	<b>49</b>

<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1 Caracterização dos participantes.....</b>	<b>50</b>
<b>6.2 Categorias de análise.....</b>	<b>53</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>111</b>

**APÊNDICE A: CARTA CONVITE**

**APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**APÊNDICE C: OFÍCIO AOS COORDENADORES DO HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE (HEAB)**

**APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**APÊNDICE E: FIGURA 1 – CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUBCATEGORIAS RESULTANTES DO ESTUDO**

**APÊNDICE F: QUADRO1 – SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE SIGNIFICADO REFERENTES À CATEGORIA TEMÁTICA 1**

**APÊNDICE G: QUADRO 2 – SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE SIGNIFICADO REFERENTES À CATEGORIA TEMÁTICA 2**

**ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UFSCar**

## 1. INTRODUÇÃO

*“Pode o Homem saber-se humano e sentir-se digno de poder ser também espiritual”*

*Clarissa M. de Castilhos*

### 1.1 Saúde e Cuidado Espiritual

O trabalho em saúde voltado para cura e prevenção de doenças, desde os primórdios da formação da sociedade humana, tem se organizado estritamente ligado às práticas religiosas (IBÁNEZ & MARSIGLIA, 2000, p.50 apud VASCONCELOS, 2011).

Pratta e Santos (2009) discorrem sobre a relação entre saúde, doença e espiritualidade. Relatam que as primeiras concepções de saúde e doença estavam relacionadas às entidades sobrenaturais e às crenças religiosas. Durante a Idade Média (século V ao XV), além das explicações sobrenaturais, as doenças também eram vistas como manifestações orgânicas relacionadas ao meio físico e social. Nessa época, a maioria dos terapeutas levava em consideração a interação corpo e alma, buscando tratar seus pacientes a partir do meio social e espiritual (CAPRA, 1982 apud PRATTA & SANTOS, 2009).

A peste negra no final da Idade Média tornou evidente o medo do sofrimento e da morte, contribuindo para um novo olhar sobre a questão saúde-doença e da relação entre as mesmas. Assim, do Renascimento (final do século XV ao início do século XVI) até o século XIX, sob influência da filosofia positiva e do modo de produção capitalista da época, a medicina apresentou um grande desenvolvimento tecnológico e científico; o que pode ser caracterizado como um dos pontos que contribuíram para a tendência à especialização médica, que teve seu apogeu no século XX. Nesse século, a visão reducionista permaneceu na ciência biomédica, apresentando implicações diretas na formação e atuação do profissional com o paciente, o qual deixou de ser encarado em sua totalidade, sendo apenas sinônimo de um sintoma que apresenta ligação com uma doença específica. A doença, então, tornou-se o foco de interesse do profissional e o processo de adoecer reduzido ao biológico (visão reducionista), enquanto que a saúde foi diretamente associada à ausência de doenças. Assim, o médico, em sua atuação,

passou a exercer cada vez mais poder e controle sobre a questão da doença e o do seu tratamento (PRATTA & SANTOS, 2009).

Entretanto, ao longo do século XX importantes contribuições impulsionaram nova reflexão sobre a questão da saúde em si. Uma delas foi a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Carta Magna de 7 de abril de 1948, de um conceito de saúde diferenciado, definindo a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, e não apenas a mera ausência de doenças (REZENDE, 1986 apud PRATTA & SANTOS, 2009).

Segundo Dejours (1992), o conceito de saúde não compreende apenas uma sensação de bem-estar, mas um estado em constante movimento do qual procuramos nos aproximar, relacionado fundamentalmente ao desejo. Ainda de acordo com o autor, a perda do desejo caracteriza uma situação perigosa para o corpo e para a mente, correndo o risco do adoecimento físico e mental, sendo o último manifestado por estados de tristeza, apatia ou depressão (apud BERTOLETTI e CABRAL, 2007).

Esse conceito de saúde diferenciado fomentou a necessidade cada vez maior de se adotar uma perspectiva mais abrangente e dinâmica em relação ao processo saúde/doença, compreendendo-o como um fenômeno histórico e multideterminado. É neste momento, então, que começa a se construir o modelo biopsicossocial de cuidado em saúde, trazendo consigo a ideia de integração e considerando a saúde como uma produção social, ou seja, como algo que tem relação com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros. Esse novo paradigma também influenciou, diretamente, a prática exercida pelo profissional de saúde, que precisou rever o seu posicionamento frente ao paciente, passando a desenvolver uma maior sensibilidade frente ao sofrimento do outro (PRATTA & SANTOS, 2009).

Esse novo paradigma ganha ainda mais concretude a partir de 22 de janeiro de 1998, quando a OMS faz uma releitura no conceito de saúde, trazendo novas contribuições significativas. Passa a definir a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. E é dessa forma que historicamente

espiritualidade e saúde voltam a se relacionar, trazendo um novo olhar no cuidado para aquele que adocece.

Leonardo Boff (2001), teólogo brasileiro de renome internacional, ressalta que a volta da dimensão espiritual da vida humana talvez tenha sido uma das mais importantes transformações culturais do séc. XXI. Pontua que o ser humano não é somente corpo (universo material) nem somente *psiqué* (expressão da complexidade da vida que se sente em si mesmo), mais é também espírito, aquele momento de consciência no qual ele se sente parcela do todo, ligado e religado a todas as coisas (apud PESSINI, 2010).

Estudos antropológicos atuais têm mostrado que a visão religiosa/espiritual continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde-doença (IBÁNEZ & MARSIGLIA, 2000, p.50 apud VASCONCELOS, 2011). Entre os usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância dessa vivência religiosa no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves. Também entre muitos profissionais de saúde é bastante reconhecida a importância da vivência religiosa na estruturação do sentido e significado de suas práticas, o que é fundamental na elaboração da motivação para o empenho no trabalho e na orientação ética das condutas no atendimento cotidiano, bem como na avaliação dos impasses pessoais da própria prática profissional (VASCONCELOS, 2011). Portanto, a dimensão espiritual pode influenciar na maneira como os pacientes e os profissionais de saúde percebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (PUCHALSKI, 2001 apud REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

Nesse contexto de cuidado em saúde, Pessini (2010) traz a relação entre *saúde, salvação e cuidado terapêutico*. Aponta que a primeira evoca a segunda, isto é, saúde refere-se ao viver pleno das pessoas no hoje (imanência), apontando para o além (transcendência). Para tanto, exige um cuidado terapêutico competente, que se caracteriza pela dimensão de serviço em relação ao outro. Ainda de acordo com o autor, “o conceito de saúde, para além do físico-biológico, remete a um sentido de ‘integridade’, de ‘totalidade’, e por extensão, de ‘plenitude’ e de ‘realização plena’ do ser humano” (p.461).

Portanto, para que ocorra o cuidado integral do paciente e de seus familiares é necessário considerar o ser humano em todas as suas dimensões, uma

vez que se encontram envolvidas no processo saúde-doença (REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

Em 2006, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO) elencou suas prerrogativas já partindo do reconhecimento de que a identidade da pessoa é formada pelas dimensões biológicas, sociais, culturais e espirituais; trazendo também essa visão holística com base na integralidade do ser humano.

Reconhecer as crenças e a forma como os pacientes vivenciam sua espiritualidade tem grande importância para o tratamento, não por apenas representar um cuidado holístico e humanizado, mas também por apresentar melhora dos resultados clínicos: *“abrir um canal para comunicação com pacientes e familiares permite que se reconheçam suas reais necessidades, as quais costumam ir bem além do que a mera prescrição de medicamentos e medidas que visem a prevenção e supressão de sintomas”* (REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016, p.249).

De acordo com a Constituição Federal (1988), Capítulo I (Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos), art. 5º, incisos VI e VII, todos têm liberdade de crença, estando assegurado o livre exercício dos cultos religiosos com proteção aos locais de realização e às suas liturgias e ainda assegura a prestação de assistência religiosa nos hospitais públicos e privados, desde que pacientes e/ou seus familiares estejam de acordo.

Hoje é cada vez mais comum existirem nas instituições de saúde espaços inter-religiosos compostos de acomodações para um grupo de pessoas sentadas, identificados como capelas ecumênicas, que garantem o direito do paciente e de seus familiares e acompanhantes à privacidade em suas práticas espirituais (FREIRE et al., 2017).

No Brasil, em decorrência da pluralidade de religiões e crenças, é frequente a discordância entre as convicções religiosas de pacientes, familiares e equipe médica. Saporetti (2009) destaca que formas de violência contra o paciente terminal, como impedi-lo de manifestar suas necessidades espirituais e o proselitismo, são práticas comuns na nossa realidade.

Estudo recente com pacientes crônicos demonstrou que 89% destes acreditam que seus médicos devem considerar seus princípios religiosos, uma vez que suas crenças influenciam suas decisões frente ao adoecimento; no entanto,

apenas 14% dos entrevistados afirmaram já terem conversado com seus médicos sobre sua espiritualidade, a partir de iniciativas próprias. Além disso, 21% dos pacientes afirmaram já terem sentido preconceito por parte de seus médicos quando expuseram sua espiritualidade. Os autores ilustram esse dado expondo uma situação vivenciada por um paciente em que os profissionais começaram a rir quando o mesmo trouxe a figura de Deus como atuante na melhora de sua saúde, dizendo serem os profissionais os responsáveis por tal conquista (AIRES; De CARVALHO, 2015).

McCord (2004) em um estudo para avaliar se os pacientes gostariam ou não de serem abordados no aspecto da espiritualidade em determinadas situações, encontrou que 90% dos pacientes que enfrentam doenças graves e a proximidade da morte sentem uma necessidade de serem abordados na esfera da espiritualidade. Mesmo em situações não graves, como por exemplo na visita inicial, 43% de todos os entrevistados acharam importante a abordagem do assunto. Koenig (2005) acrescenta que 90% dos pacientes relatam que as crenças religiosas e suas práticas são importantes formas pelas quais eles enfrentam e melhor aceitam suas doenças físicas; além disso, mais de 40% dos pacientes avaliam a religião como o recurso mais importante no auxílio dos momentos de adoecimento.

O desejo dos pacientes de serem melhor conhecidos, em todas as suas dimensões, pelos profissionais da saúde vai ao encontro do que Pessini (2010) traz sobre a importância do olhar integral, favorecendo um cuidado humanizado: *“As pessoas desejam ser tratadas com dignidade e como gente e não simplesmente identificadas como doenças ou partes do corpo doente”* (p.459). Por isso, o profissional da saúde nunca deve esquecer que é um paciente quem o procura, e não uma doença; com base na sua dor e no seu sofrimento (SOUZA, PESSINI, HOSSNE, 2012, p. 185).

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) classifica a angústia espiritual como um Diagnóstico de Enfermagem desde 1978. Ocorre quando um indivíduo coloca em cheque suas crenças, sua esperança e sua vontade de viver, principalmente diante do sofrimento. De acordo com NANDA, o indivíduo com angústia espiritual pode apresentar os seguintes sinais: expressar preocupação com o significado da vida, da morte e/ou dos sistemas de crença; questionar implicações morais/éticas do regime terapêutico; descrever pesadelos ou apresentar distúrbios do sono; verbalizar conflito interior sobre crenças; incapacidade em

participar de práticas religiosas usuais; buscar assistência espiritual; questionar o significado do sofrimento; questionar o significado de sua própria existência; direcionar raiva a representantes religiosos ou a Deus; alterar o comportamento ou o humor evidenciado por raiva, choro, retração, preocupação, ansiedade, hostilidade, apatia; apresentar humor negro, cáustico e impróprio para uma situação grave (apud Sá, 2009). Mais um aspecto relevante para justificar a importância da espiritualidade no cuidado ao paciente.

Um recente estudo com pacientes com câncer realizado no contexto hospitalar mostrou que estes compreendem a relevância do aspecto espiritual na elaboração de seu plano terapêutico e de cuidados. Relatam que a fé lhes proporciona um controle interno de suas emoções, dá resposta esperançosa em suas vulnerabilidades e, conseqüentemente, traz mais conforto. Além disso, atribuem características positivas à assistência espiritual, quando afirmam que esta oferece forças para o enfrentamento da doença. Os autores concluem então que a espiritualidade ajuda os pacientes, de maneira significativa, a enfrentarem as adversidades da vida quando se sentem menos preparados, sendo notório que a busca pela espiritualidade está presente nos momentos em que os pacientes se sentem fragilizados e com medo do futuro. Assim, torna-se imprescindível que as instituições hospitalares reconheçam o apoio espiritual/religioso como item essencial da assistência integral aos pacientes (FREIRE et al., 2017).

Neste sentido, Hudak e Gallo (1997) e Watson (2005) são algumas das autoras que também ressaltam a necessidade de se incentivar a espiritualidade do paciente, pois apontam tal prática como uma forma de dissipar temores e aliviar as preocupações, o que liberta o ser humano para melhor viver seu dia-a-dia (apud Sá, 2009).

Portanto, pode-se perceber até o momento a importância da dimensão espiritual ser incluída no cuidado em saúde, a partir dos benefícios reconhecidos pelos próprios pacientes. No entanto, é importante destacar que o cuidado espiritual pertence ao escopo de atuação do profissional da saúde, ou seja, também faz parte do papel do profissional mobilizar a existência espiritual daquele que adocece (ARRIEIRA et al., 2017). Contudo, estudos mostram que geralmente, o profissional da saúde parece ter dificuldades para lidar com as manifestações de desconforto emocional e de sofrimento por parte do paciente e de seus familiares, não se atentando aos sinais de espiritualidade manifestados por eles. Deste modo não

incluem essa dimensão como uma necessidade a ser atendida, assim como não recorrem a esse recurso como estratégia de fortalecimento do paciente e de sua família (ARRIEIRA et al., 2017; ROSSATO et al., 2012).

Apesar de muitos pacientes desejarem que seus médicos tenham conhecimento sobre sua crença religiosa e/ou espiritual bem como que aborde essas questões durante o enfrentamento de uma doença (KOENIG, 2012), os próprios pacientes não acreditam na capacidade de seus médicos na abordagem dessa temática (HART et al., 2003 apud SAPORETTI, 2009).

Uma das justificativas para essa dificuldade na abordagem pode estar relacionada ao desconhecimento ou o pouco conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre a questão da espiritualidade no cuidado em saúde. Muitos profissionais dizem se sentirem desconfortáveis ao falar sobre assuntos religiosos ou não possuem tempo para lidar com isso; alguns referem não terem sido treinados e apresentarem medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente. Outros, por sua vez, trazem o pensamento de que a espiritualidade não é relevante ao tratamento em saúde e, portanto, não faz parte do seu escopo profissional; não sabendo como e quando introduzi-la e nem sequer imaginar quais seriam os resultados caso a incluísse na sua prática diária (Marr et al., 2007 apud PERES et al., 2007; LUCCHETTI, et al., 2010).

Contudo, existe o desejo de alguns profissionais em ampliar a aplicabilidade dos conceitos da espiritualidade em sua prática profissional (NASCIMENTO et al., 2013). Saporetti (2009) afirma que *“a falta de conhecimento médico a respeito do tema banaliza a experiência legítima daqueles que morrem e impede um atendimento adequado”* (p. 275).

A falta de conhecimento adequado sobre o tema em questão pode ser encontrado na formação profissional que, de acordo com Souza, Pessini e Hossne (2012), incorporou o racionalismo científico, educando os estudantes na perspectiva do fenômeno estritamente biológico do adoecimento, subestimando os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado aos pacientes. Assim, a formação recebida pelos profissionais sobre espiritualidade não corresponde em quantidade e profundidade exigidas pelo tema, havendo nos currículos acadêmicos pouco espaço de tempo e conteúdo para essa discussão (SÁ, 2009).

Reginato, De Benedetto e Gallian (2016) trazem que o contexto de busca pelo sucesso terapêutico baseado na bioquímica da vida, contribuiu para a

marginalização da ação do “sobrenatural” ou de qualquer outro elemento relacionado à transcendência como fator influente no processo de cura. No entanto, apesar do longo silêncio da pesquisa científica a esse respeito, para uma boa parcela dos pacientes nunca deixou de existir a consciência da participação desse elemento misterioso, imponderável e não quantificável que é a condição da fé. Os autores ainda enfatizam a advertência realizada por Osler (1910) quanto à necessidade de o profissional estar atento a esta “força poderosa” presente nos pacientes.

Outra dificuldade igualmente importante na abordagem da questão espiritual do paciente é o desconhecimento do profissional de saúde a respeito de sua própria espiritualidade (SAPORETTI, 2009). Sendo assim, como é possível abordar a espiritualidade do outro sem o conhecimento da sua própria?

De acordo com Ross (2006), a espiritualidade é um atributo inato do ser humano, responsável por promover bem-estar, saúde, estabilidade e produzir comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida. Portanto, em congruência com esse raciocínio, Trevizan, Mendes, Cury e Mazon (2000) afirmam que o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo que não a reconheça. Ainda apontam que a falta de conhecimento ou o distanciamento da própria espiritualidade é a responsável pela crise enfrentada atualmente pelo homem, que o ameaça em sua dimensão humana e que tem afetado as instituições de saúde e, conseqüentemente, o cuidado ofertado pelos profissionais (apud GUSSI; DYTZ, 2008).

Considerando então a espiritualidade como inata ao ser humano, ela está presente tanto na vida pessoal quanto na profissional do trabalhador da saúde (NASCIMENTO et al., 2013). Sabe-se que a própria atuação do profissional de saúde, muitas vezes submetida à constante tensão, decorrente da natureza de suas ações junto a pessoas atingidas em sua integridade física, psíquica e social; a necessidade de administrar complexas questões institucionais associadas às políticas públicas e ao intercâmbio entre diferentes categorias; pode afetar diretamente a saúde espiritual desse profissional (CAMPOS, 2006 apud NEGROMONTE; ARAUJO, 2011). A dimensão espiritual do profissional de saúde, por sua vez, pode impactar na assistência prestada à medida que interfere no relacionamento interpessoal (profissional-sujeito do cuidado), bem como no tipo de cuidado ofertado (LONGUINIÈRE et al., 2018).

Viktor Frankl (2009) acrescenta uma ressalva muito importante: mesmo considerando a espiritualidade como inerente à espécie humana, em muitos momentos esse sentido necessita ser resgatado, e a proximidade com situações ameaçadoras da vida serve de estímulo para essa busca (apud ARRIEIRA et al., 2017). Acreditar e investir no bem-estar e modo de ser saudável do trabalhador é otimizar o atendimento ao consumidor dos serviços de saúde. Portanto, tanto os profissionais como os pacientes devem ser cuidados na íntegra de suas dimensões física, emocional, intelectual, social, cultural, espiritual e profissional (SAVOLDI et al., 2003).

Os profissionais da saúde precisam vivenciar o desenvolvimento de sua própria espiritualidade, pois, desta forma, poderão desenvolver melhor sua sensibilidade e compreensão para lidar com os problemas que fazem parte da vida do outro, uma vez que, como profissional de saúde, o importante é reconhecer e conduzir as crenças do outro, para o bem do paciente, de sua família, contribuindo, assim, para o alívio do sofrimento (ARRIEIRA, 2009; SAPORETTI, 2009). Neste sentido, Sá (2009) pontua que atuar na área da saúde com a espiritualidade desenvolvida no encontro com o outro, permite que os trabalhadores deixem de ser profissionais da doença e se tornem *profissionais da saúde*.

## **1.2 Espiritualidade x Religião**

Espiritualidade e religião, apesar de se relacionarem, não são consideradas sinônimos, sendo de extrema importância a definição de tais conceitos.

Nascimento e outros colaboradores (2013) consideram desafiador encontrar uma definição para espiritualidade, uma vez que nenhuma das existentes consegue abranger todo o seu significado. Entretanto, pode-se considerar que a espiritualidade é formada por diferentes conceitos interligados (DEZORZI & CROSSETTI, 2008). Sá (2009) traz sobre a complexidade em conceituar espiritualidade, uma vez que envolve significados individuais e coletivos, propósitos e valores humanos, tais como sabedoria, cuidado, entre outros.

Para Dezorzi e Crossetti (2008), espiritualidade consiste em uma experiência universal que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser

humano; não é sinônimo de uma doutrina religiosa, mas pode ser considerada como uma filosofia do indivíduo, de valores e de sentido da vida.

A Organização Mundial de Saúde (2001) define espiritualidade como um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, supondo que o viver vai além do que é percebido e compreendido. É parte do homem imaterial, intelectual ou moral (SÁ, 2009).

A espiritualidade está relacionada a uma busca pessoal pela compreensão do sentido, do significado e do propósito de vida, pelo seu sagrado ou transcendente, não se limitando a quaisquer tipos de crenças ou práticas religiosas (SAAD et al., 2001; VOLCAN, 2003; SÁ, 2009; LUCCHETTI, ALMEIDA, GRANERO, 2010; MANCHOLA et al. 2016). Essa busca pessoal pode ocorrer, inclusive, por meio da família, naturalismo, racionalismo, humanismo e, até mesmo, por meio das artes (PUCHALSKI, 2001 apud REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

De acordo com Saporetti (2009), todas as pessoas buscam transcender a existência concreta. Transcender é ter consciência dos seus limites e buscar ir além de si próprio, vislumbrando novas possibilidades de existência; é considerar a subjetividade do sujeito e a possibilidade de ser mais. Assim, transcendente é tudo o que está no campo da possibilidade humana (ARRIEIRA, 2009; BENITES et al., 2017). Jung (1991) caracteriza a transcendência como a busca pela sua totalidade ou integralidade, que denomina como self. Isso ocorre através da união do consciente com os conteúdos inconscientes da mente. Quando o homem alcança a sua totalidade, alcança a plena realização das potencialidades do seu self (apud SÁ, 2009). Algumas situações podem impulsionar o transcender da existência concreta. Diante de uma vivência de finitude, por exemplo, o ser humano se defronta consigo mesmo, podendo retomar sua essência, ou seja, se direcionar ao transcendente (BENITES et al., 2017). Ainda, de acordo com Peres e outros colaboradores (2007), a transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim.

Assim, espiritualidade é a dimensão que promove a abertura da consciência, dando sentido àquilo que fazemos e que somos (PESSINI, 2007), numa busca contínua para responder às grandes questões: Quem sou? Para onde vou? De onde vim? Qual o meu propósito neste universo? Qual o significado da existência humana? (SÁ, 2009).

A espiritualidade relaciona-se a três necessidades: de encontrar razão na vida; de esperança para viver e de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus (ROSS, 1995 apud FLECK et al., 2003). De acordo com Santos (2009, p.373), “o homem usa a espiritualidade para entender o significado da vida e da morte, da sua presença no mundo, para melhorar a saúde e como ferramenta para lidar com as adversidades e a dor, seja ela física, moral e/ou espiritual”. Envolve subjetividade, interioridade e a própria compreensão do fenômeno saúde-doença (VOLCAN, 2003; MEDEIROS, 2012; SOUZA, PESSINI, HOSSNE, 2012).

Anjos (2007) pontua quatro significados para a espiritualidade. O primeiro consiste no fato da espiritualidade ser espiritual, isto é, um sentido de cunho ontológico que a define como uma característica do ser. O segundo significado denomina a espiritualidade como um conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito, que traz uma enorme variedade de espiritualidades, relacionadas às diferentes concepções antropológicas e cósmicas, diferentes concepções sobre a relação corpo-espírito, diferentes atribuições de valores, de interpretações, de diferentes momentos culturais. Traz o conceito de espiritualidade como disciplina acadêmica, que estuda teorias e práticas relacionadas ao cultivo do espírito e, por fim, caracteriza a espiritualidade como o cultivo da dinâmica que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais, o que a torna uma condição humana da qual não se escapa.

Sá (2009) infere então que quando o ser humano se afasta de sua espiritualidade, perde a vontade de viver e de lutar pela vida. “*Apaga-se a chama interna que o empurra em direção ao amanhã e à transcendência que o leva à maturidade e a descobrir seu eu interno*” (p.209).

Já a religião, por sua vez, envolve sistematização de culto e doutrina específicos compartilhados por um grupo de pessoas (GUIMARÃES et al., 2007; FLECK et al., 2003).

O termo religião vem do latim “*religare*” que é definida como a crença na existência de forças metafísicas, criadoras do universo. Contribui para organização social, orientação moral e segurança, uma vez que estabelece dogmas, preceitos morais e éticos que devem ser adotados e obedecidos. Oferece ao indivíduo um significado da vida além da realidade terrena e explicações para as ocorrências misteriosas, como a própria morte (CARVALHO, 1992 apud SOUZA, PESSINI, HOSSNE, 2012).

Segundo Pessini (2010, p.460):

“Todas as religiões são mensagens de salvação que procuram responder às questões básicas do ser humano. São perguntas sobre os eternos problemas humanos do amor e sofrimento, culpa e perdão, vida e morte, origem do mundo e suas leis. Por que nascemos e por que morremos? O que governa o destino da pessoa e da humanidade? Como se fundamentam a consciência moral e a existência de normas éticas e afirmam a existência de uma vida pós-morte. Todas oferecem caminhos semelhantes de salvação: caminhos nas situações de penúria, sofrimento; indicação de caminhos para um comportar-se de forma correta e responsável nesta vida, a fim de alcançar uma felicidade duradoura, constante e eterna, a libertação de todo sofrimento, culpa e morte. Mesmo quem rejeita as religiões, deve levá-las a sério, como realidade social e existencial básica”.

Esta diferenciação entre espiritualidade e religião, que é aparentemente sutil, tem importante significado, uma vez que, pessoas que não seguem uma religião podem ter na espiritualidade uma fonte importante de apoio que fortalece seus enfrentamentos, e, em sentido oposto, pessoas que seguem religiões nem sempre encontram o fortalecimento em suas doutrinas (NASCIMENTO et al., 2013, p.53).

### **1.3 O Hospital**

Ao longo do tempo surgiram lugares destinados ao acolhimento de pessoas doentes para que fossem tratadas e, se possível, curadas. Até o século XVIII o hospital não visava a cura do doente, mas sim o acolhimento do pobre que estava morrendo, que devia ser assistido material e espiritualmente, a fim de receber os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1979 apud PESSINI, 2014).

Os primeiros ambientes destinados a tal propósito tinham relação com a fé, tendo como base a religião. Neles os religiosos exerciam, sobretudo, atividades de enfermagem, sendo rara a presença de um médico (MEZZOMO, 2010, SILVA, 2010).

A raiz colonizadora religiosa do Brasil marcou profundamente a organização do Estado e, particularmente, a organização da assistência à saúde,

mantendo responsabilidade administrativa da maioria dos hospitais sob a tutela da igreja católica.

Essa herança, advinda da disseminação do pensamento cristão, transformou o cuidado aos doentes em uma das formas de caridade adotadas pela Igreja. Desta maneira, os pressupostos cristãos estavam presentes nas instituições assistenciais, nas práticas e nos profissionais que realizavam o cuidado, sendo também propagados às instituições de ensino; onde a capacitação técnica era aliada aos compromissos religiosos. Assim, historicamente, a prática do cuidar do outro foi ideologicamente marcada pelos ensinamentos de amor e fraternidade (GUSSI, DYTZ, 2008). Sendo assim, não é de se estranhar que os primeiros hospitais criados foram os hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda, no século XVI, num contexto em que a organização sanitária era ainda incipiente.

Nas décadas de 1920 e 1930 os direitos civis e sociais do indivíduo passam a ser vinculados ao mercado de trabalho e, por isso, o acesso ao cuidado da saúde era restrito aos indivíduos que possuíam carteira de trabalho (Institutos de Aposentadoria e Pensões). Entretanto, desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde – SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O SUS vem com o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. Desde sua implantação, o SUS tem aumentado o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira (PAIM et al., 2011). Atualmente, a oferta dos serviços de saúde se organiza da seguinte maneira: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária, estando a assistência hospitalar localizada nesta última.

Portanto, pode-se perceber que o processo brasileiro de transição de uma instituição de acolhimento, onde se espera a morte, para uma onde se cuida da saúde exigiu tempo e descobertas científicas (PESSINI, 2014).

No ambiente hospitalar recapitulam-se todas as fases da vida do indivíduo, desde o nascimento, passando pela restauração da saúde, pelo combate às infecções, pelas orações e meditações até a despedida da vida (PESSINI, 2014). É considerado um espaço mítico em nossa sociedade, uma vez que deve conter e

administrar os problemas emocionais provocados pelo indivíduo e sua doença e toda a rede de relações sociais vinculadas a eles (PITTA, 1994 apud BERTOLETTI e CABRAL, 2007).

É sabido que nem a doença nem a hospitalização se constituem práticas da vida normal de um indivíduo (SILVA, 2010), por isso qualquer uma dessas vivências pode interferir na sua rotina, trazendo sentimentos, pensamentos e comportamentos diferentes dos habituais.

No ambiente hospitalar, o indivíduo tende a conviver com pessoas novas, que também estão hospitalizadas e vivenciando diferentes processos de adoecimento, e com diversas classes de trabalhadores, responsáveis pelo restabelecimento de sua saúde. Além disso, consiste num ambiente com regulamentos, normas, rotinas pré-estabelecidas e regras a serem seguidas que o privam das atividades de trabalho e lazer. Considerando que uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive, esse ambiente também pode lhe trazer privações em relação ao convívio familiar e social. Em diversas alas do hospital, a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono. Toda essa gama de mudanças pode favorecer que o indivíduo vivencie sentimentos como o medo do desconhecido e a insegurança, podendo desenvolver mecanismos de autodefesa de origem biológica e/ou psicossocial. (SANT'ANNA, 2000; MENEGATTO, 2006; SILVA, 2010; PAIM et al., 2011; PESSINI, 2014).

Cabe ressaltar que o indivíduo internado é oriundo de um grupo social, estando este também incluído no ambiente hospitalar, geralmente, na figura do acompanhante. Essa figura exerce um papel importante nesta fase de vida do indivíduo, pois é ele quem o acompanhará e o apoiará emocionalmente, além de representar um elo de ligação entre o ambiente domiciliar/social e o hospitalar (SILVA, 2010).

Acredita-se que os recursos tecnológicos na área da saúde tenham ocasionado mudanças na assistência prestada, incluindo aquela realizada nos ambientes hospitalares. Autores discutem os impactos positivos e negativos desse uso tecnológico percebidos no cuidado à pessoa doente. Reginato, De Benedetto, Gallian (2016), por exemplo, apontam como benefício a ampliação da nossa capacidade de conhecer o universo molecular da constituição humana, contribuindo

com descobertas diagnósticas assertivas e tratamentos efetivos. Em contrapartida, relatam que os recursos tecnológicos contribuíram para a redução da sensibilização em relação aos sentimentos humano e o empobrecimento na avaliação da integralidade do paciente, favorecendo uma separação entre o corpo e o espírito. Isso certamente favoreceu a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho e uma deterioração da relação profissional-paciente, com conseqüente distanciamento entre ambos, desencadeando uma desumanização do cuidado. (SILVA, 2010; REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

Visando melhorar a qualidade do serviço hospitalar, o Ministério da Saúde criou uma política baseada na implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000). Essa Política define humanizar como o *“ato de ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”* (BRASIL, 2004, p. 6). Mezzomo (2010) pontua que humanizar a assistência aos usuários pode ser caracterizado por *“assistir, cuidar, considerando uma pessoa constituída de corpo material, mente, espírito/alma”*. A Política ainda busca aumentar a responsabilidade dos usuários e dos profissionais na produção da saúde fazendo com que os direitos dos indivíduos e de seus familiares sejam garantidos e que eles se posicionem como sujeitos participativos do sistema de saúde através do seu controle social. Enfatiza também a necessidade de melhores condições para que o profissional desenvolva suas atividades sendo estimulado a participar como “co-gestor” do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Martin (2014) descreve que a humanização do hospital começa com o conceito de saúde ampliado, englobando as dimensões física, mental, social e espiritual e envolvendo o cuidado em equipe.

#### **1.4 Cuidado ao paciente crônico**

Qualquer programa na área da saúde tem por objetivo profissionalizar a capacidade humana de cuidar por meio da aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para assumir papéis profissionais específicos de cada área. Por isso, as diferentes profissões da área da saúde não diferem quanto ao que cuidam, mas sim na forma como cuidam (ROACH, 1993 apud WALDOW, 1998).

O cuidar é inerente à vida humana, uma vez que é indispensável para a preservação e manutenção das condições de vida. No entanto, é um ato extremamente complexo, exercido através de processos relacionais, interativos e associativos (MENDONÇA et. al., 2012), envolvendo uma pirâmide de três variáveis fundamentais: a compreensão, a confiança e a compaixão (ápice da pirâmide). A compreensão é entendida como o advento da capacidade do profissional de saúde em se colocar na posição daquele que se encontra em processo de adoecimento; a confiança se relaciona à postura do profissional perante o indivíduo, baseada na sua competência e ética; e a compaixão, por sua vez, aparece como fundamental no estabelecimento da relação entre compreensão e confiança (SOUZA, PESSINI, HOSSNE, 2012).

Para Waldow (1998) o termo cuidar se refere a uma ação dinâmica, pensada, refletida; enquanto o termo cuidado traz uma conotação de responsabilidade e zelo. Boff (1999) traz o cuidado como um modo de ser, não apenas como um ato singular ou uma virtude. Para este autor, cuidado é a forma como o indivíduo se estrutura e se realiza no mundo com os outros, ou seja, é um modo de *ser-no-mundo* que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. O cuidado está presente em todas as situações e ações humanas, representando atitudes de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Portanto, pode-se dizer que quando o termo cuidar está relacionado ao campo da saúde, em especial ao ambiente hospitalar, automaticamente, se pensa em duas figuras centrais: a equipe, composta por diferentes profissionais, e o indivíduo, que está vivenciando um processo de adoecimento. Considerando esta última figura que recebe os cuidados, como será que ele percebe essa necessidade? Como é para esse indivíduo se sentir doente?

De acordo com Linck, Bielemann, Sousa e Lange (2008), o “se sentir doente” é mais do que a presença de alguma patologia. Envolve o modo como o indivíduo se apresenta na sociedade, a maneira como ele se relaciona com o próprio eu e com os outros, a sua cultura, a resposta às suas condições socioeconômicas e, principalmente, o significado que ele dá à situação de doença. Está diretamente relacionado às concepções que o indivíduo tem acerca de saúde e doença e da relação entre as mesmas. Neste sentido, Belloch e Olabarria (1993), trazem a saúde e a doença como condições em equilíbrio dinâmico, codeterminadas por variáveis

biológicas, psicológicas, emocionais e sociais, todas em constante interação. Assim, consistem num processo multifacetado, influenciados pelas condições de vida e ambientais, pela assistência prestada pelos serviços de saúde e pelo estilo de vida dos sujeitos sociais em determinado contexto histórico (CARVALHO e BUSS, 2008).

Nesta perspectiva, considerar os aspectos subjetivos do indivíduo se torna essencial para a prática de um cuidado integral e humanizado. Para tanto, diversos estudiosos definem o papel do profissional de saúde como cuidador, substituindo o termo tratar pelo cuidar, no qual tratar pressupõe um diagnóstico e cuidar tornaria possível uma visão ampliada do sujeito alvo dos cuidados. Enfatizam ainda duas questões essenciais existentes nessa relação de cuidado: a produção de sentidos resultante do encontro de subjetividades e o fato de considerar quem se apresenta para ser cuidado como um ser único, que tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e se expressar, inclusive em relação às suas dores (AYRES, 2001; MANDÚ, 2004; PEGORARO; CALDANA, 2007; ZOBOLI, 2004 apud PEREIRA, BARROS e AUGUSTO, 2011).

No ambiente hospitalar é passível de se encontrar sujeitos enfrentando diferentes enfermidades. Sabe-se das mudanças que o Brasil vem sofrendo no perfil epidemiológico ao longo dos anos. De acordo com alguns autores, atualmente, as doenças do aparelho circulatório configuram a principal causa de morte, seguidas pelo câncer e por causas externas (homicídios e acidentes de trânsito, principalmente). O grande predomínio das doenças crônicas e as doenças transmissíveis, apesar de estarem diminuindo, ainda afetam uma parcela considerável da população; um perfil que representa um enorme desafio para um sistema de saúde organizado predominantemente para oferecer cuidados a enfermidades agudas (PAIM et al., 2011). Vasconcelos (2011), afirma que a epidemiologia tem mostrado com clareza serem as doenças crônicas os principais males que acometem hoje a população brasileira.

Doenças crônicas são entendidas pela medicina como aquelas de longa duração, limitantes, com grande risco de complicações e de conseqüentes interferências e adaptações na rotina de vida tanto de seus portadores quanto de seus familiares. Não são patologias curáveis com medidas simples. Quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem levar a sérios agravos à saúde ou até mesmo à morte. Geralmente, o tratamento da doença crônica é prolongado e de

custo elevado, dificultando a sua concretização e exigindo uma grande reorientação do modo de viver (LINCK et al., 2008; VASCONCELOS, 2011). Dentre as doenças crônicas denominadas são transmissíveis se encontram as doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), as doenças respiratórias, como, por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular encefálico (AVE) e alguns tipos de câncer. Já dentre as doenças crônicas transmissíveis, encontra-se a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

Os custos relacionados às doenças crônicas tem representado impacto crescente no sistema de saúde. De acordo com *World Economic Forum*, a perda econômica estimada das doenças crônicas não transmissíveis no período entre 2011 e 2030 é de até 47 trilhões de dólares, equivalente à 5% do produto global bruto no tempo considerado. Em relação à economia brasileira, estimou-se que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes do diabetes, da doença cardiovascular e do acidente vascular encefálico (consideradas as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes) geraria um custo de US\$ 4,18 bilhões até 2015 (GOULART, 2013 e ABEGUNDE et al., 2007 apud SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é caracterizada por uma insuficiência do coração em bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades do corpo, ocasionando falta de oxigênio e de nutrientes nos órgãos, prejudicando e reduzindo a capacidade destes de trabalhar adequadamente. Tem origem em anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais que degradam progressivamente a função do coração. Uma vez instalada a doença no paciente, não há mais cura, apenas controle dos sintomas, como dispneia, edema, controle do peso, cansaço. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, sendo responsável por um número considerável de internações hospitalares. A ICC é caracterizada como uma doença crônica, limitante, que envolve alterações no estilo de vida e promove importante impacto na qualidade de vida de pacientes e seus familiares (ALBUQUERQUE, 2013; ALMEIDA et al., 2013).

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2000 e 2004) define a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) como doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada por obstrução crônica ao fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Tal obstrução consiste numa resposta inflamatória anormal

dos pulmões à inalação de partículas e/ou gases tóxicos, em especial a fumaça do cigarro. É uma doença progressiva, isto é, se agrava com o tempo. Caracteriza a maior causa de morbidade em idosos. Sensação de dispneia, sintomas de ansiedade e depressão, fatores relacionados à tolerância ao exercício, perda de peso e da massa magra do corpo, frequência de tosse e diminuição da qualidade de vida são sintomas característicos e importantes determinantes de prognóstico e sobrevida dos pacientes (apud DOURADO et al., 2004 & apud DOURADO et al., 2006).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença infecciosa crônica causada por um vírus (denominado vírus da imunodeficiência humana – HIV) que se caracteriza por apresentar progressiva destruição do sistema imunológico, comprometendo principalmente as células de defesa do organismo. Essa característica pode expor o sujeito a uma variedade de infecções oportunistas que, a depender da frequência com que ocorrem e da adesão ao tratamento, podem gradativamente tornar o organismo frágil, podendo levá-lo a uma condição de saúde mais grave e até mesmo a morte (MARINS, 2000 apud PEREIRA, 2010). Ao longo da evolução da doença, as pessoas que vivem com o vírus do HIV/AIDS podem apresentar reações emocionais diferentes, como sintomas de ansiedade e depressão diante da possível perda da autonomia ou do contato com a morte; tendo, por vezes, que desconstruírem conceitos, formas, maneiras de viver e conviver com as suas realidades; sendo comum a busca por um apoio emocional em suas crenças e religiões (SANTOS, 2011).

De acordo com Visoná, Prevedello e Souza (2012), o surgimento de uma doença crônica tem um profundo impacto na vida das pessoas, sendo ainda intensificado pelo fato do tempo de internação e dos cuidados necessários serem, frequentemente, mais prolongados; trazendo mudanças na rotina diária e alterando a qualidade de vida. Esse agravamento pode comprometer pessoas de todas as idades, gêneros, classe social e crenças, afetando de forma direta ou indireta todos que convivem com esses sujeitos, como os familiares, amigos e profissionais da saúde (apud ROSSATO et al., 2012).

O fato do tempo de internação e dos cuidados necessários serem uma característica frequente no tratamento de sujeitos que vivenciam um adoecimento crônico permite que os profissionais de saúde tenham um tempo de contato mais extenso e contínuo com os sujeitos e seus familiares, favorecendo a criação e

estabelecimento de vínculos entre eles (SANTOS e SEBASTIANI, 2003 apud JUNQUEIRA, 2008).

O vínculo criado é considerado de grande importância para todos os envolvidos, uma vez que família e equipe possuem o objetivo comum de melhorar as condições de vida dos sujeitos; além de tornar possível o ato de cuidar, mesmo seguido de possíveis perdas, sejam elas relacionadas à melhora do estado de saúde do indivíduo e conseqüente alta, ou a perda pela morte (BERTOLETTI e CABRAL, 2007; SANTOS e SEBASTIANI, 2003 apud JUNQUEIRA, 2008). No entanto, percebe-se uma dificuldade para o estabelecimento de vínculos terapêuticos saudáveis. Estudos recentes mostram que os profissionais de saúde assumem uma postura no cuidado aos pacientes portadores de enfermidades crônicas voltada para o isolamento afetivo, camuflado no tecnicismo e na denegação sistemática como mecanismos de defesa utilizados para enfrentar a rotina de conviver com o sofrimento e a dor desses pacientes no seu cotidiano assistencial (JUNQUEIRA, 2008).

Isso pode ocorrer porque o trabalho na área da saúde favorece o constante contato com a dor, o sofrimento e até mesmo com a morte, podendo trazer como consequência uma sobrecarga emocional diária a esses profissionais (BERTOLETTI e CABRAL, 2007; NASIO, 1997 apud SÁ, 2009). Nasio (1997) traz importante destaque para a questão do lidar com a morte. Refere que isto pode gerar no profissional uma angustiante dor psíquica, surgida pelo fato de se constatar diante da possibilidade de morte do outro, a sua própria finitude. Não elaborar essa dor psíquica pode trazer grande dificuldade ao profissional de saúde em realizar o cuidado aos sujeitos que necessitam, além de poder suscitar sentimentos como tristeza, medo, fragilidade e insegurança (apud SÁ, 2009).

Por isso, autores defendem que o desgaste do profissional da saúde não está relacionado ao número de horas trabalhadas, mas à intensidade emocional de todas as vivências geradas em torno do tratar a vida e a saúde de outras pessoas. No entanto, na maioria das vezes, este conflito existente entre o aspecto emocional e racional é desconhecido, tanto pelos próprios profissionais, quanto pela sociedade (SOUZA, PESSINI, HOSSNE, 2012).

Portanto, como se pode perceber, o envolvimento com uma doença crônica pode provocar mudanças de hábitos, da rotina e do funcionamento da vida de todos os envolvidos (sujeitos, familiares, profissionais), contribuindo para que

vivenciem diferentes emoções e medos frente ao adoecimento, levando consigo uma carga de expectativas das mais variadas. Como tal envolvimento pode propiciar momentos de intensa elaboração mental, com questionamentos acerca dos valores que eram, até então, norteadores da vida, é frequente que tal vivência se torne uma porta para o contato com a transcendência (VASCONCELOS, 2011; ROSSATO et al., 2012). Neste sentido, Monteiro (2008) traz a contribuição de Jung acerca da importância dos valores e crenças do profissional, uma vez que, querendo ou não, tanto o profissional quanto o sujeito estão envolvidos com suas convicções. De acordo com a autora, no ato de cuidar o profissional estaria eticamente obrigado ao conhecimento e à crítica de suas convicções pessoais, filosóficas e religiosas. O que, conseqüentemente, também implica na necessidade do profissional compreender e conhecer a cultura, as crenças, os medos e tradições particulares dos sujeitos, oferecendo, assim, um cuidado considerando a individualidade e a necessidade de uma relação interpessoal baseada na empatia (LINCK et al., 2008).

Considerando as características e as mudanças já descritas decorrentes de uma enfermidade crônica, a literatura traz uma quantidade de estudos cada vez maior acerca do impacto da dimensão espiritual no enfrentamento do longo processo de adoecimento.

Estudo realizado com pessoas vivendo com HIV/AIDS mostrou que todos os participantes perceberam a espiritualidade como o sentido de suas vidas e a força propulsora para enfrentar os momentos difíceis, reconhecendo-a como um recurso favorável à aceitação do adoecimento e melhora da condição de saúde (DOS SANTOS, 2011). Resultado semelhante foi observado em estudo recente que avaliou a influência da espiritualidade na vivência de um adoecimento crônico, onde 79% dos participantes consideraram a espiritualidade como um recurso motivador da vida e muito importante no enfrentamento da doença, contribuindo para crença no tratamento (AIRES; De CARVALHO, 2015). Outro estudo, que objetivou conhecer a importância da espiritualidade na recuperação de pacientes cardíacos hospitalizados, concluiu que os que professaram sua fé apresentaram melhor evolução clínica comparada aos demais. Adicionalmente, observou efeitos benéficos da oração na redução do estresse e da ansiedade, bem como na prevalência de infecções na cicatriz cirúrgica (CHIANG, 2014).

Tais resultados corroboram com estudiosos do tema que afirmam que a espiritualidade daqueles que enfrentam um adoecimento pode repercutir

positivamente no seu tratamento, bem como no enfrentamento da situação vivida (FORNAZARI, 2010 apud NASCIMENTO et al., 2013). Além disso, a literatura reforça que a espiritualidade e a religião integram e influenciam o comportamento de familiares de sujeitos com condição crônica; podendo propiciar o fortalecimento da família, contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivando o desempenho de práticas saudáveis, interações sociais, auxiliando nas crises e transições da vida (ROSSATO et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013).

Portanto, independente de qual seja a sua crença, é importante que o profissional de saúde conheça as crenças dos sujeitos envolvidos no cuidado e, que as encoraje e reforce de todas as maneiras. O profissional deve ter ciência que o poder da fé é inigualável e o conforto e a segurança que a espiritualidade oferece é um estímulo à vida. Por isso, admitir o poder de comando que a espiritualidade exerce sobre o organismo é premissa para se ter uma visão integral do indivíduo (GIBERTONI, 1967 e SALGADO, 2007 apud GUSSI, DYTZ, 2008).

Machado (2002) faz uma reflexão importante quando traz a questão da dimensão espiritual do profissional de saúde, ao afirmar que não faz sentido alguém cuidar de pessoas no limite vida/morte sem que ela mesma tenha despertado para a espiritualidade (apud GUSSI, DYTZ, 2008). Em um estudo realizado, enfermeiros reconheceram a influência de sua espiritualidade na qualidade do cuidado prestado e no seu bem-estar (NASCIMENTO et al., 2013). Os profissionais que lançam mão da espiritualidade na sua profissão reportam os benefícios trazidos para o seu cotidiano, como, por exemplo, o conforto para acalmar o sujeito que sofre (LUNDBERG e KERDONFAG, 2010 apud NASCIMENTO et al., 2013).

Desta forma, o estudo da espiritualidade se faz muito importante para a formação de um profissional de saúde, pois abre perspectivas para o cuidado de si, para o autoconhecimento e principalmente para o cuidar do outro (REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

## **2. JUSTIFICATIVA**

A dimensão espiritual no contexto de usuários e seus familiares que enfrentam desde doenças crônicas, limitantes, ameaçadoras da vida até aqueles que estão vivenciando o processo de finitude, em especial, no ambiente hospitalar,

está sendo cada vez mais estudada e em crescente destaque no mundo acadêmico. O conhecimento das especificidades da dimensão espiritual na interface com a unidade de cuidado (usuário, família e equipe) contribui para o aprimoramento das práticas de humanização e atenção integral à saúde (BENITES et al., 2017).

No entanto, sabe-se que as necessidades espirituais das pessoas que enfrentam um adoecimento, geralmente, não são atendidas pelos profissionais da saúde em virtude de sua falta de preparo em relação ao tema (ARRIEIRA et al., 2017). Dessa forma, conhecer a relação dos profissionais com a temática em questão torna-se de extrema importância para a melhoria da qualidade dos atendimentos prestados. Como é que os profissionais da saúde enxergam essa temática? Todos têm ciência que o cuidado espiritual faz parte do escopo da atuação em saúde? Os profissionais sabem da importância da inclusão dessa dimensão no cuidado para os usuários?

De acordo com Contré e demais colaboradores (2016), se faz necessário uma visão global e integrada da espiritualidade, uma vez que, o foco primordial é a compreensão do ser humano, enquanto ser complexo que é dotado de uma dimensão biopsicossocial, e, também, espiritual, que exerce significativa influência no modo de se enfrentar o adoecimento, bem como, na vivência do tratamento em saúde.

Cabe ressaltar ainda que o estudo da espiritualidade é muito importante para a formação de um profissional de saúde, pois abre perspectivas para o cuidado de si, bem como para o autoconhecimento (REGINATO, De BENEDETTO, GALLIAN, 2016). Assim, podemos afirmar que valorizar as necessidades espirituais do paciente permite que a equipe ganhe autoridade espiritual, aprenda com o paciente a rever valores diante da dor, do sofrimento e da finitude, contribuindo assim, para a prática de um cuidado integral (DURGANTE, 2012).

Com base nessas afirmativas é que este estudo foi pensado e construído. Partindo do pressuposto que a espiritualidade tem relevância no cuidado em saúde, devemos agora focar nosso olhar para os responsáveis pela realização deste cuidado. Por isso, este trabalho buscou conhecer a concepção de espiritualidade dos profissionais de saúde de uma instituição hospitalar, se realizam e de que forma realizam o cuidado espiritual aos sujeitos internados.

### **3. OBJETIVO**

Identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar de uma enfermagem de Moléstias Infectocontagiosas (MI) de um hospital público de média complexidade, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **4.1 Clínica ampliada**

Na constante evolução de aparatos tecnológicos no campo da saúde, os aspectos voltados ao relacionamento interpessoal e à humanização da assistência, por vezes, deixam de receber a necessária atenção, sendo pouco desenvolvidos no cotidiano. Tal postura contradiz a lógica do trabalho em saúde, cujo foco da equipe é o ser humano, que necessita de atenção que vai além desta tecnologia, devendo ser considerado na sua dimensão humana, nos seus desejos, suas alegrias e tristeza, suas vitórias e frustrações, isto é, compreendendo e atendendo as suas necessidades materiais e não materiais (SILVA, 2008 apud ARRIEIRA, 2009; CAMPOS e MELO, 2011).

Por isso, nos últimos anos, muito se tem discutido sobre a integralidade do cuidado em saúde, por meio da aproximação entre a gestão e a atenção. Com o olhar sobre essa temática, surgiram novas concepções propondo a reorganização da clínica e da gestão de instituições de saúde e políticas públicas, dentre elas a concepção teórica e metodológica Paideia, desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos em 2000, e a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Ambas trazem a Clínica Ampliada como eixo para a produção de saúde.

Campos e Amaral (2007), considerando as duas vertentes teórico-operacionais que predominam no esforço de reforma da gestão dos cotidianos hospitalares, com objetivo, resumidamente, restrito ao controle do trabalho em saúde, valendo-se de métodos disciplinares e normativos e apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de posturas profissionais; trazem uma

sugestão para a reorganização da clínica e da gestão em hospitais com base em três linhas de reforma, dentre elas, a Clínica Ampliada.

A PNH caminha no mesmo sentido ao fomentar mudanças na atenção e na gestão convidando os sujeitos envolvidos a (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira. Ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão, caminha rumo à integralidade das práticas, buscando superar a fragmentação do cuidado (MARTINS & LUZIO, 2017). Pode-se afirmar, portanto, que a PNH objetiva efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e cidadãos para a produção de saúde e de sujeitos (ARRUDA & SILVA, 2012).

No campo da saúde, a humanização pode ser entendida como a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades (ARRUDA & SILVA, 2012).

Uma das propostas da PNH consiste na construção da Clínica Ampliada norteadas por uma política que visa a autonomia e o protagonismo entre os sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculo solidário, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2009).

Neste sentido, a noção de saúde adotada no SUS também vai ao encontro dos pressupostos da Clínica Ampliada, uma vez que entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações de prevenção de agravos e de doenças e com as ações de intervenções curativas, restritas a tratamentos medicamentosos e exames. Considera que a saúde integral é composta e promovida por diversos elementos, como o acesso à educação, lazer, esporte, habitação, cultura, etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. (BRASIL, 2013).

Clínica Ampliada é definida como a busca pela existência de um compromisso com o sujeito e com sua vida, visando uma perspectiva mais ampla do processo saúde-doença com base na reorganização do trabalho clínico (CAMPOS & AMARAL, 2007; CUNHA, 2010). Para tanto, propõe a ampliação do objeto e do objetivo do trabalho da clínica. A ampliação do objeto consiste em considerar o sujeito e não apenas a doença a ser tratada. Há, portanto, o desafio de que ela seja

uma clínica dos sujeitos, colocando os mesmos (e não a doença) no centro da atenção; cuidando para que as ações não sejam focadas na medicalização, mas na produção de vida; escutando o usuário, considerando os aspectos psicossociais do seu adoecimento e adequando as propostas terapêuticas aos seus investimentos afetivos. A ampliação do objetivo, por sua vez, consiste em, além de buscar a produção de saúde pelos diferentes meios (curativos, preventivos, de reabilitação ou de cuidados paliativos), contribuir também para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, considerando autonomia como a capacidade do usuário de compreender e atuar sobre si mesmo e sobre o mundo; isto é, a capacidade de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, de autocuidado, de uso do poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS & AMARAL, 2007; MAZZARINO, 2013).

Para alguns estudiosos do tema, ampliar a clínica implica levar em consideração a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto, percebendo e auxiliando o indivíduo na construção de sua percepção sobre a vida e o adoecimento (CAMPOS & AMARAL, 2007; CUNHA, 2005 apud CAMPOS & MELO, 2011; MAZZARINO, 2013).

O grande desafio para saúde em geral, inclusive para clínica realizada em hospitais, é justamente esse: não lidar somente com a dimensão biológica das pessoas, mas também com suas dimensões social e subjetiva. No entanto, é de extrema importância que o profissional de saúde encare esse desafio. É preciso que saiba, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive em relação a um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, sendo possível propor tratamentos mais eficazes, com a participação das pessoas envolvidas. Esse é o caminho para que se realize uma clínica adequada (BRASIL, 2007; CAMPOS & AMARAL, 2007).

Essa nova concepção de cuidado em saúde com base na Clínica Ampliada, se destina a ser um instrumento para que os profissionais de saúde e gestores, atuando como equipe interdisciplinar, possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos saberes até então instituídos, considerando a complexidade do sujeito e a singularidade existente em cada processo de adoecimento (BRASIL, 2009). Para a implementação de uma clínica ampliada se faz necessário que os profissionais

encarem os riscos subjetivos e sociais e construam vínculos consistentes com os sujeitos, favorecendo assim a eficácia das intervenções clínicas (CAMPOS, 2005).

Dessa forma, é possível concluir que a ampliação da clínica objetiva uma intervenção terapêutica com base na complexidade biopsicossocial das demandas de saúde do sujeito, na produção de saúde e na ampliação do grau de autonomia dos sujeitos. Para tanto, é importante que o profissional valorize, por exemplo, o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (MAZZARINO, 2013). A produção de saúde e a ampliação do grau de autonomia dos sujeitos somente serão alcançadas alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte; buscando construir, do diagnóstico ao projeto terapêutico, modos para haver uma corresponsabilização do clínico e do usuário (CAMPOS & AMARAL, 2007).

De acordo com esse paradigma, o cuidado em saúde visa a sua integralidade, ou seja, o olhar para todas as dimensões que constituem o sujeito; apostando assim nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares, na defesa dos direitos dos usuários e na ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007). Neste sentido, a proposta trazida pelas mudanças no modelo de gestão organizacional das instituições de saúde, dentre elas, os hospitais, incitam posturas mais participativas nesses ambientes de cuidado, contribuindo para a abertura de um investimento afetivo, emocional e até mesmo espiritual no trabalho (SILVA, 2008 apud ARRIEIRA, 2009). Isso significa dizer que, neste contexto, humanizar pode ser entendido como um resgate das dimensões humanas, no qual a subjetividade e o cuidado se tornam elementos essenciais (PEREIRA, BARROS e AUGUSTO, 2011).

Para tanto, é importante reconhecer que, além de exigir mudanças nos meios de intervenção, tal proposta exige também uma reforma cultural; com a criação de um ambiente de trabalho propício à abertura desses investimentos. Acredita-se que parte importante da crise dos sistemas de atenção à saúde depende da predominância de métodos de gestão dirigidos ao controle externo da vontade e conduta dos profissionais. Há como que certa desistência em se resgatar a responsabilidade e a relativa autonomia necessária para que profissionais façam clínica com singularização dos casos em grandes sistemas ou organizações de saúde. Por isso é importante que os profissionais possam ser apoiados para

identificar e depositar afetos positivos em relação ao trabalho clínico que se conectem aos seus próprios interesses e desejos, motivados a exercer a prática clínica não apenas por interesses financeiros, mas também pelo desejo de se realizarem profissionalmente e de serem aceitos como legítimos pela comunidade. Importante ressaltar também que o fato de existir um ambiente harmonioso de trabalho, onde os funcionários se sintam bem e consigam desempenhar o seu papel satisfatoriamente, influenciam diretamente na assistência prestada ao indivíduo. Os autores sugerem ainda, a necessidade de que cada hospital incorpore em seu cotidiano dispositivo de educação continuada, que possibilite uma reconstrução de conhecimentos e das posturas da maioria de seus trabalhadores (CAMPOS & AMARAL, 2007; SILVA, 2010).

Estudo realizado mostra os benefícios do cuidado em saúde baseado na integralidade do sujeito sob três aspectos: para o sujeito que está necessitando de cuidados, para os profissionais atuantes e para a própria instituição hospitalar. De acordo com os autores, para os sujeitos, essa ampliação da clínica minimiza os aspectos negativos da internação, como o distanciamento da família; o “fantasma” da morte (contribuindo como um facilitador no processo da morte e o morrer) e favorecendo o envolvimento do indivíduo e de seus familiares na construção da terapêutica. Para os profissionais, possibilita o estreitamento das relações interpessoais com o sujeito e entre seus pares, promove um ambiente menos hostil, permite maior flexibilidade nas decisões e resolução de problemas e favorece o crescimento individual e coletivo. Por sua vez, para a instituição hospitalar, pode favorecer a redução do tempo de internação, otimizando o atendimento das demandas; bem como minimizar a possibilidade de reinternações oriundas de iatrogênicas, reduzir os custos por internação devido ao estabelecimento de terapêuticas equivocadas e, até mesmo, minimizar o risco de óbito (CAMPOS & MELO, 2011).

Assim, o cuidado em saúde preconizado pela clínica ampliada envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, admitindo a influência do contexto sócio histórico e das crenças, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico. Em outras palavras, é considerar a subjetividade como alvo de

investimento e de transformação do cuidado (MANDÚ, 2004; PEREIRA, BARROS e AUGUSTO, 2011).

De acordo com Arrieira (2009), a busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral e conseqüentemente para o sucesso da gestão do processo de trabalho da equipe. É possível perceber que a atenção ao aspecto espiritual está se tornando cada vez mais necessária na prática da assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano (PERES et al., 2007).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Aspectos Éticos**

Os cuidados éticos foram seguidos de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2001). A cópia do documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) está disponível no Anexo B.

### **5.2. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa (ALMEIDA-FILHO & ROUQUAYROL, 2002; GIL, 2014).

A pesquisa descritiva objetiva caracterizar um determinado fenômeno ou população, buscando identificar sua frequência, causas, relação com outras variáveis, além da natureza dessa relação. São exemplos de pesquisas descritivas estudos cujo objetivo é levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população. De acordo com os objetivos estabelecidos, pesquisas descritivas também podem contribuir para uma nova visão do problema, aproximando-as das pesquisas exploratórias (GIL, 2008; GIL, 2014; TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa qualitativa busca explicar o porquê das coisas, de uma realidade. Nela o pesquisador não se preocupa com a representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização. Embora a ciência seja um conjunto de explicações sobre coisas físicas, biológicas e sociológicas, em cada uma de suas divisões também existe um lado qualitativo, onde a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo auxiliam no aperfeiçoamento das teorias e dos experimentos (STAKE, 2011). Minayo (2014) entende pesquisa qualitativa como *“aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”* (p.22). Ainda de acordo com a autora, esse método é aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações humanas acerca de como sentem, pensam e vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2015). Neste tipo de abordagem, o pesquisador faz parte da pesquisa, sendo o primeiro instrumento da mesma. Quando entra em campo, o pesquisador leva consigo toda uma bagagem intelectual e de experiência de vida, possibilitando aproximação com o objeto investigado (OLIVEIRA, 2010).

### **5.3 Local do estudo**

Este estudo foi desenvolvido na enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas (MI) do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB), localizado no município de Américo Brasiliense, interior do Estado de São Paulo.

O HEAB faz parte da rede das instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e detém sua atuação no Departamento Regional de Saúde (DRS) III, abrangendo 24 municípios e aproximadamente 1.000.000 de habitantes. Para assistência a este público, conta com 104 leitos operacionais, sendo 10 destinados à Unidade de Terapia Intensiva; 42 às atividades cirúrgicas e 52 às atividades clínicas.

De acordo com o Departamento Regional de Saúde, o HEAB é referência no atendimento às doenças infectocontagiosas, contando com uma enfermaria que abriga 10 leitos destinados à pacientes com necessidade de

isolamento de contato e/ou respiratório ou investigação diagnóstica complementar. Uma parcela significativa desses pacientes recebem diagnósticos de suas patologias durante o período de internação.

No ano de 2017, a enfermaria de MI recebeu 323 pacientes, com idade entre 16 e 96 anos (média= 58,7), predominantemente do gênero masculino ( $n = 189$ ; 58,5%). O tempo de internação apresentou ampla variação, se estendo de 1 dia a 89 dias (média = 11,3), sendo o período de 1 a 7 dias aquele com maior frequência apresentada (48,9%). As principais causas de internações foram as infecções pulmonares ou complicações referentes às doenças pulmonares crônicas ( $n = 103$ ; 48,8%), em pacientes portadores de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (como por exemplo, demências, cardiopatias, HIV). A ampla maioria dos pacientes deixaram a enfermaria MI em decorrência de alta médica ( $n = 267$ ; 82,7%). Aproximadamente 12,1% foram a óbito durante o período de internação, 4,9% foram transferidos para outras instituições ou receberam alta a pedido e 0,3% evadiram do hospital sem autorização médica. Cabe ressaltar que das 323 internações, 33 foram reinternações (10,2%), ou seja, usuários que internaram mais de uma vez nesse mesmo período.

O HEAB tem como base a visão holística do cuidado e a cogestão como ferramenta no processo de gerir. Os profissionais atuam no hospital como um todo, no entanto, visando uma organização mais efetiva do serviço e melhor qualidade no atendimento prestado, se distribuem, atuando cada um como referência de determinada enfermaria. Dessa forma, se constituem equipes de referência, formadas por diferentes especialidades da saúde, para cada enfermaria do hospital.

#### **5.4 População do estudo**

A população deste estudo foi composta por 25 profissionais da área da saúde atuantes na MI do HEAB, nos turnos matutino, vespertino e noturno, que aceitaram participar do estudo. A estratégia utilizada na escolha da amostra foi a variedade de tipos de especialidades.

## 5.5 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos na amostra os profissionais que fazem parte do corpo permanente de funcionários de referência da MI e demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Não foram incluídos na amostra os profissionais que não atuam na MI; aqueles que atuam como referência, mas não demonstraram interesse em participar e os plantonistas eventuais que, mesmo atuando na referida enfermaria, poderiam apresentar menor proximidade com o tipo de cuidado prestado.

## 5.6 Técnica de coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista individual. Esta permite que o participante discorra sobre o tema em questão sem se prender a uma indagação estritamente formulada, sendo, portanto, fundamentais quando se deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados (DUARTE, 2004; MINAYO, 2014).

Além disso, a entrevista é destaque dentre as técnicas de pesquisa principalmente por lidar com o veículo mais privilegiado da comunicação, a fala. Esta contém a experiência, permite o entendimento intersubjetivo e social e constitui-se em si, em fato social. Assim, ao privilegiar a fala dos atores sociais, favorecendo o acesso às opiniões e percepções dos mesmos a respeito do tema, a entrevista em pesquisa qualitativa permite compreender determinada realidade humana relativa ao tempo e ao contexto histórico específico, bem como os valores que dão suporte à visão particular dos entrevistados em relação às questões propostas (FRASER & GONDIM, 2004; MINAYO, 2014). Portanto, a escolha desta técnica se deu pela concordância com as colocações das autoras acima, bem como por eu acreditar que a entrevista individual favorece uma maior proximidade entre entrevistados e entrevistador, o que penso ter auxiliado os colaboradores a se sentirem mais a vontade para pensarem, muitas vezes relatarem dados de sua história de vida e expressarem suas opiniões.

Para tanto, foram elaboradas duas questões norteadoras: “*O que você entende por espiritualidade?*” e “*Como você oferece o cuidado espiritual aos pacientes internados na enfermaria de moléstias infectocontagiosas?*” em um

questionário semiestruturado contendo também informações necessárias para a categorização dos participantes (Apêndice B). No decorrer da entrevista, sempre que julgado pertinente pela pesquisadora, outras perguntas foram feitas com o intuito de compreender melhor a fala do entrevistado, bem como, de aprofundar o tema suscitado, como, por exemplo: “Me fale mais sobre isso...”; “O que você pensa a respeito disso?”; “Me explique melhor isso...”

No intuito de preservar o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E, seguida de um número que representava a ordem de ingresso no estudo. Assim, E1 foi o primeiro entrevistado e E25, o último.

### **5.7 Procedimentos de coleta de dados**

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê e Pesquisa da UFSCar, os coordenadores das equipes médica, enfermagem, multiprofissional, nutrição e farmácia foram contatados por meio de ofícios (Apêndice C) entregues pessoalmente, expondo-lhes os objetivos da pesquisa e solicitando formalmente a autorização para a coleta junto aos profissionais vinculados à MI.

Posteriormente, foi entregue em mãos uma carta convite (Apêndice A) para cada profissional informando sobre a pesquisa e convidando para participação. Neste momento foram esclarecidas dúvidas quanto ao estudo, como: os objetivos, a metodologia, riscos e benefícios esperados decorrentes da participação na pesquisa, bem como, o caráter de participação voluntária e garantia ao sigilo, confidencialidade e privacidade em todas as fases do estudo. Importante destacar que neste momento os profissionais também foram informados sobre a inexistência de qualquer tipo de prejuízo na relação dos participantes com a pesquisadora e/ou instituição de saúde, para os casos de revogação do consentimento e da ausência de custo ou compensação financeira para aqueles que decidirem participarem da pesquisa.

Seguido dos esclarecimentos, foi questionado aos profissionais o desejo em participar do estudo. Todos aqueles que aceitaram tiveram suas entrevistas previamente agendadas, de acordo com a escala de trabalho, o melhor dia da semana e o melhor horário, buscando facilitar a participação.

No momento escolhido, foi entregue o TCLE (Apêndice D) para o participante e, após sua concordância e assinatura, iniciada a entrevista. Todas as

entrevistas foram realizadas em local reservado, a fim de favorecer o conforto e a segurança dos participantes, prezando pelo sigilo e privacidade.

### 5.8 Análise dos Dados

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra. Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática, em consonância com o método proposto por Bardin (1977). Este método de análise favorece a compreensão da natureza e da lógica das relações estabelecidas em determinado contexto e o modo como os diferentes interlocutores percebem o problema com o qual estão lidando; sendo, por isso, escolhido para este estudo (DUARTE, 2004).

Foram utilizados três procedimentos para a realização da análise, sendo eles:

- **Pré-análise:** inicialmente foram realizadas leituras flutuantes e repetidas do material, buscando organizar as ideias trazidas pelos participantes.
- **Exploração do material:** em um momento posterior, realizou-se uma leitura detalhada e uma primeira categorização temática dos dados, de acordo com os critérios de significado semântico e lógico das verbalizações dos participantes.
- **Tratamento dos dados, inferência e interpretação:** em uma terceira etapa, foi realizada uma leitura horizontal dos dados obtidos, sendo feitas inferências e interpretações, buscando a comparação de cada grupo de respostas para a mesma questão e a reordenação em categorias de análise mais pertinentes e melhor delimitadas.

Os dados foram analisados à luz do referencial teórico da clínica ampliada e dos conceitos acerca de espiritualidade e religião.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização dos participantes

Dos 38 profissionais da saúde atuantes na MI, 25 (66%) participaram do estudo. Entre os não participantes, oito não demonstraram interesse pela pesquisa e cinco não conseguiram participar em decorrência do próprio fluxo de trabalho, como intercorrências com pacientes e grande demanda de trabalho nos períodos acordados para a realização da entrevista.

Os participantes apresentam idade entre 28 e 57 anos (*média* = 35,84) e, como demonstrado na tabela 1, são na sua maioria do gênero feminino ( $n = 20$ ; 80%).

Tais dados vão ao encontro do perfil encontrado em estudos nacionais e internacionais recentes que trazem a questão da feminização em praticamente todas as profissões da saúde, sem exceção (BRAGA et al., 2015; CARRILLO-GARCÍA et al., 2013; MACHADO et al, 2011).

No Brasil, a história do cuidado em saúde como prática profissional traz consigo a influência do cristianismo e do capitalismo .

A religião, desenhada através do tempo pela consolidação do cristianismo e pelas alianças entre Estado e Igreja, marcou profundamente a organização da assistência à saúde; relacionando o conceito de cuidado aos doentes, antes realizado por mulheres, como uma prática peculiar a uma condição feminina, além de uma forma de caridade, pautada nos ensinamentos de amor e fraternidade (GUSSI, DYTZ, 2008).

Da mesma forma, a Europa capitalista do século XIX e suas relações de trabalho influenciaram profundamente a institucionalização e profissionalização do cuidado em saúde no Brasil, induzindo a construção de um modelo ideal de “cuidador”, pautado na figura feminina com a substituição das práticas exercidas por homens, como o cuidado hospitalar e aos doentes mentais, pelas práticas exercidas por mulheres leigas (LOPES & LEAL 2005).

Esse processo culminou na construção de uma identidade social do trabalho sexuada, baseada na divisão de tarefas que reproduzem os papéis de “homem” e “mulher”, influenciando as mulheres a buscarem sua inserção no trabalho por meio de profissões cujas funções considerem “aptas por exercer”

(WERMELINGER et al., 2010), como atividades administrativas, ensino e cuidado em saúde, entre outras. As práticas de cuidado em saúde demonstram não só a relação entre gênero, mas também a relação entre classe e poder. Por isso, mesmo no atual contexto de feminização do trabalho em saúde, ainda é possível encontrar diferenças entre a distribuição do poder, o valor dos salários e o tipo de trabalho existente entre, por exemplo, um médico e uma enfermeira (LOPES & LEAL 2005; WERMELINGER et al., 2010).

Pode-se concluir, portanto, que no trabalho em saúde, o cuidado é atribuído à figura feminina em decorrência de suas “qualidades naturais” (LOPES & LEAL 2005).

Quanto às categorias profissionais, tem-se: assistente social ( $n = 1$ ; 4%); enfermeiros ( $n = 2$ ; 8%); farmacêutico ( $n = 1$ ; 4%); fisioterapeutas ( $n = 2$ ; 8%); fonoaudiólogo ( $n = 1$ ; 4%); médicos ( $n = 4$ ; 16%); nutricionista ( $n = 1$ ; 4%); psicólogo ( $n = 1$ ; 4%); técnicos de enfermagem ( $n = 12$ ; 48%).

No que se refere à afiliação religiosa, 10 (40%) participantes se autodenominaram católicos, 5 (20%) espíritas, 4 (16%) evangélicos e 1 (4%) participante relatou ser da congregação cristã. Houve ainda, 2 (8%) participantes que definiram sua religião como católica e espírita e 3 (12%) participantes afirmaram não ter religião. Dos participantes que definiram uma afiliação religiosa, 13 (59%) disseram ser praticantes enquanto 9 (41%) relataram não ser.

Esses resultados corroboram parcialmente com dados nacionais que relatam que a maioria da população brasileira pertence à religião católica, seguida de evangélicas, da parcela da população que não tem uma religião e, por fim, da religião espírita (IBGE, 2010).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 25)

	Variável	Frequência	
		N	%
Gênero	Feminino	20	80
	Masculino	5	20
Profissão	Assistente social	1	4
	Enfermeiro	2	8
	Farmacêutico	1	4
	Fisioterapeuta	2	8
	Fonoaudiólogo	1	4
	Médico Geriatra	1	4
	Médico Infectologista	3	12
	Nutricionista	1	4
	Psicólogo	1	4
	Técnico de enfermagem	12	48
Religião	Católico	10	40
	Espírita	5	20
	Evangélico	4	16
	Católico e espírita	2	8
	Congregação cristã	1	4
	Sem religião	3	12

Os dados da tabela 2 exibem a distribuição dos participantes do estudo segundo o tempo de profissão, de atuação na instituição e de atuação na enfermagem de MI organizados em quatro períodos. Nota-se que a maioria é formada há mais de 10 anos (56%); atuam no HEAB por um período de 7 a 10 anos (52%) e atuam na referida enfermagem há menos de 3 anos (44%).

*Tabela 2: Tempo de profissão, de atuação na instituição e na enfermagem MI dos participantes do estudo por períodos*

Tempo	Profissão		Atuação HEAB		Atuação Enfermagem MI	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
< 3 anos	0	0	6	24	11	44
3 e 6 anos	2	8	6	24	6	24
7 e 10 anos	9	36	13	52	8	32
>10 anos	14	56	0	0	0	0

Dos 25 participantes, 21 (84%) disseram nunca ter realizado qualquer curso/especialização ou participação em Congresso/Simpósio referente ao tema “espiritualidade”.

## 6.2 Categorias de Análise

Com base no referencial metodológico adotado para análise dos dados, este trabalho teve como resultado duas categorias temáticas centrais, dez subcategorias e vinte e oito unidades de significado (apêndices E, F, G). No entanto, antes de expor tais categorias para apreciação e discussão, gostaria de comentar sobre essa experiência e apontar algumas observações.

Falar sobre o tema espiritualidade com profissionais de diferentes campos de atuação na saúde dentro do próprio ambiente de trabalho foi uma experiência muito significativa. Acredito que uma das contribuições decorrente desse estudo foi o fato de propiciar aos profissionais, em meio a uma jornada de trabalho intensa e voltada exclusivamente para o cuidado aos usuários hospitalizados, um momento de reflexão sobre algo tão pessoal e cheio de significados no qual consiste a questão da espiritualidade.

Pude perceber ao longo das entrevistas que a maioria das pessoas não tem o costume de pensar sobre suas questões espirituais com certa frequência. Algumas delas, acredito, nunca haviam pensado nisso e saíram da entrevista mais reflexivas em relação ao sentido da vida e à sua atuação profissional.

No decorrer das entrevistas e durante o processo de análise dos dados, percebi discursos com significados ambíguos e dificuldades para expressão verbal do pensamento a respeito da temática espiritualidade. Alguns participantes demonstraram certo desconforto ao falarem sobre o tema, classificando-o como complexo, amplo e difícil, apresentando posturas e olhares reflexivos:

*“nossa... um conceito bem amplo, né?!”*  
E17

*“Ai que difícil né? (risos)”*  
E16

*“Nossa... é muito aberto e bem complexo pra mim [...]”*  
E1

Portanto, tais falas e comportamentos mostram que a espiritualidade, além de ser um tema pouco pensado no seu sentido individual, singular; também não é comumente discutida entre as equipes, mesmo sendo um dos domínios de atuação do cuidado em saúde.

Tais resultados vão ao encontro de outros trabalhos que buscaram conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da espiritualidade.

Um estudo realizado sobre a expressão da dimensão espiritual por profissionais da enfermagem que atuam numa Unidade de Terapia Intensiva também retratou a dificuldade de se falar sobre o tema. De acordo com o autor, 90% dos participantes, ao entrarem na sala para a entrevista, encostaram a porta e se valeram de uma paralinguagem de baixo volume, sinas que demonstraram claramente que a maioria das pessoas não se sente a vontade para falar de questões espirituais, mesmo que desejem explicações sobre as mesmas. O autor ainda destacou que, mesmo estando no ambiente de trabalho, o que geralmente proporciona maior segurança às pessoas, temas que não são cotidianamente discutidos geram sentimentos de desconforto (PENHA, 2008, p.101).

Outro fato importante enfatizado pelos discursos foi a ausência ou a pouca informação que os profissionais de saúde tiveram sobre o tema espiritualidade ao longo de sua formação. De acordo com alguns autores, este consiste num fato significativo para a realização do cuidado espiritual, uma vez que a falta de contato com o tema favorece o desconhecimento do profissional de saúde

acerca de sua própria espiritualidade, o que, por sua vez, dificulta trabalhar a espiritualidade do outro (SAPORETTI, 2009; SÁ, 2009).

Ao término das entrevistas, recebi apenas devolutivas favoráveis quanto à importância do tema para a saúde e os malefícios da falta desse olhar desde o ensino. Destaco a importância do respeito aos profissionais, bem como da preocupação na escolha do ambiente em que as entrevistas foram realizadas, favorecendo uma ambiência adequada para maior conforto e segurança.

Sendo assim, após a explanação dos comentários e observações pertinentes, dou seguimento à exposição dos dados. As categorias de análise emergidas neste estudo foram: a **Espiritualidade do profissional de saúde**, composta pelas subcategorias: Concepções; Origem das concepções; Importância e Como exercem; e uma segunda categoria denominada: **Cuidado espiritual aos sujeitos internados**, dividida nas subcategorias: Como realizam; Percepção dos momentos de maior busca; Benefícios percebidos; Situações Difíceis; Fatores que Dificultam e Motivos que mobilizaram a busca pelo conhecimento do tema (Figura 1 - Apêndice E).

### **6.2.1 Categoria Temática 1- Espiritualidade do profissional de saúde**

Esta categoria temática resultou 4 subcategorias e 11 unidades de significado (Quadro 1 – Apêndice F). As subcategorias relacionadas às Concepções e à Importância da Espiritualidade foram as que mais apresentaram unidades de significado, revelando a abrangência bem como a singularidade do tema.

#### **6.2.1.1 Subcategoria temática 1: Concepções**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre as concepções de espiritualidade dos profissionais de saúde. Foram identificados 25 relatos dispostos em 3 unidades de significado. Importante ressaltar que foram selecionados apenas alguns trechos com o intuito de ilustrar as verbalizações dos participantes.

• **Fé em Deus, em algo maior, superior/ Conexão com o transcendente/ Sentido de vida**

Essa primeira unidade apresentada englobou 18 verbalizações.

*”Espiritualidade é você crer num ser superior, um ser que está acima da gente, não importa se esse ser você pode ver ou não.”*

E3

*“Olha... é você acreditar num ser superior...tipo, eu acredito muito em Deus, eu não vou na igreja nada, mas eu acredito, eu falo com ele o tempo todo, eu peço pela minha família, pelos meus filhos, pelos pacientes... pra mim é isso, você acreditar numa coisa além.”*

E21

*“[...] Eu acho que espiritualidade é quando a pessoa... ela tem a percepção da onde ela está, o que ela tá em relação ao Universo e o que transcende a matéria, então pode ser uma força superior, uma energia, poder ser a própria relação dela com o meio ambiente, então uma coisa meio filosófica né [...]”*

E5

*“[...] espiritualidade, eu entendo espiritualidade... é... algo que remete à conexão... é... não sei se posso chamar de energia, mas assim, como se fosse é... uma atração talvez que exista entre.... entre as pessoas e entre cada pessoa com algo que é transcendente... então eu acho que é um sentimento de pertença, algo maior, de confiança, de que há algo maior... é... então esse algo maior que... né... poderia ser chamado de Deus, digamos assim né... mas o nome, ele não importa muito, mas que faz essa... essa conexão, que faz com que a gente se sinta é... parte de um plano, talvez, não sei se eu posso chamar de plano, mas assim, como se existisse um plano superior, sabe? De... de aprendizado, de evolução, de crescimento, tanto individual quanto coletivo, eu acho que é por isso que é algo que me conecta com o que é transcendente... tanto eu, tanto pessoa individual, quanto nas relações com as pessoas né..”*

E17

*“Espiritualidade é você ter.... é... buscar refletir né... sobre esse sentido de vida.... você conseguir é... pensar além da religião, algo que traga sentido né... então isso pra mim é espiritualidade... é você pensar naquilo que é mais importante pra você, que te traz modificações de atitudes, de pensamento, algo importante pra você... “*

E25

Esta unidade traz à discussão o que muito se encontra na literatura: uma amplitude de significados acerca do tema espiritualidade. Além disso, o fato de encontrar nas verbalizações a crença em Deus, mesmo que desvinculado de uma religião específica, revela a influência das características do contexto sociocultural, em especial do cristianismo.

No mundo ocidental, particularmente no Brasil, o predomínio religioso se concentra nas igrejas cristãs, a Católica Romana, a Metodista, Presbiteriana, Batista, etc. e nas derivadas do “protestantismo histórico”, conhecidas como “evangélicas”, algumas de caráter pentecostal, como a Congregação Cristã no Brasil. As religiões cristãs acreditam na existência de apenas um deus, podendo este receber o nome de Deus, Jeová, a depender da religião propriamente dita (MANOEL, 2007).

É importante destacar também a ambiguidade encontrada em alguns discursos. Isso nos mostra a dificuldade em definir espiritualidade, bem como a singularidade existente na elaboração dessa concepção. Isso condiz com o pensamento de alguns autores que afirmam que as diferentes percepções acerca do tema estão diretamente relacionadas às experiências individuais, ligadas ou não às atividades profissionais, considerando-se os valores e as crenças (NASCIMENTO et al., 2013).

Espiritualidade é de difícil definição porque suas características não são facilmente acordadas. Entre culturas, pode significar diferentes coisas para diferentes indivíduos em diferentes lugares. Além disso, a espiritualidade transmite a noção de uma busca pessoal relacionada a coisas sagradas e transcendentais (KOENIG et al., 2012 apud ZIMMER et al., 2016).

De acordo com Underwood e Teresi (2002), espiritualidade consiste numa aproximação individual e aberta na busca por sentido e propósito de vida,

como uma busca pela verdade transcendental, podendo incluir um senso de conexão com a natureza e/ou com o divino. Já para Büssing (2006), espiritualidade está relacionada a uma profunda motivação de busca e conexão que pode compreender aspectos da religiosidade formal, bem como de visões espirituais individuais, que vão além da religiosidade institucional (apud BÜSSING & KOENIG, 2010).

De acordo com Saporetti (2009), transcender envolve poder “ir além” do seu corpo; ir além de si próprio. De acordo com o autor, todos buscam transcender a existência concreta.

Transcender é buscar significado; é ter consciência dos limites e buscar ir além, vislumbrando novas possibilidades de existência. É considerar a subjetividade do sujeito e a possibilidade de ser mais, estar em si e ao mesmo tempo ir além do que se é, como duas dimensões de um mesmo sujeito. Nesse sentido, a transcendência deriva de uma subjetividade imaginada, nasce no imaginário, no simbólico, próprio do sujeito, e, portanto, em algo que é imanente e individual (ARAGÃO, 2005 apud ARRIEIRA, 2009; PRESE et al., 2007).

Portanto, dentre as concepções apresentadas, pode-se perceber uma aproximação conceitual com a literatura, na qual a espiritualidade apresenta-se como uma conexão com o transcendente/algo superior; um tipo de força ou energia que transcende o biológico, às vezes, relacionada a um ser superior; que busca esclarecer o sentido da vida.

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva, também identificou a concepção de espiritualidade relacionada à uma força superior, representada como uma dimensão sagrada do ser humano, uma força que motiva e impulsiona os profissionais de enfermagem em suas práticas de autocuidado, bem como de cuidado do outro (DEZORZI & CROSSETTI, 2008).

- **Religião**

Essa unidade apresentou 3 verbalizações. Os participantes trouxeram como um dos conceitos de espiritualidade a religião, citando princípios, dogmas e rituais característicos.

*“Eu acho que continuidade... espiritualidade é, pra mim, eternidade... me vem isso na cabeça, continuação... eu acredito que a gente não acaba depois que morre, eu acho que a gente é inteligente demais pra isso, acabar quando a carne acaba... é mais ou menos isso.”*

E4

*“[...] eu acredito que Deus é tudo na minha vida, tudo que eu tenho e tudo que eu sou... e assim... hoje em dia, eu acredito que a gente sempre tem que ter um tempo de ir na igreja, de orar, sei lá... cada um no que acha melhor, porque a gente arranja tanto tempo pra tanta coisa na vida né, mas fala assim... ah, vamos na igreja... ah, não dá..., vamos na festinha... ai dá... aí a gente observa o valor que a gente dá pra Deus e o valor que a gente dá pras coisas que são materiais e supérfluas né... e eu sempre tento convidar uma amiga, faço minhas orações em casa todo dia... eu comecei a mudar esse conceito meu já tem uns 10 anos mais ou menos, eu já fui em várias igrejas, hoje eu vou na que eu me sinto bem e assim, independente de críticas de outros sobre a que eu sigo hoje em dia, é a que eu me sinto bem, a vontade, mas não me impede de maneira alguma de eu ir conhecer outras e respeito todas em geral.”*

E6

Além de não ser fácil definir espiritualidade, fazer a sua distinção com religião torna-se uma tarefa ainda mais árdua.

Uma dificuldade encontrada é o fato de que ambos os conceitos estão relacionados e têm características comuns: podem envolver uma transformação pessoal e a busca de uma verdade suprema (ZIMMER et al., 2016). Os meios envolvidos para se alcançar essa transformação e busca é que podem ser distintos.

Zinnbauer e colaboradores (1997) esclarecem que religião, em todo o mundo, geralmente está associada a princípios fundamentais específicos que são organizados em torno de sistemas distintos de crenças, práticas e rituais que ocorrem dentro das comunidades. Enquanto os níveis de religiosidade ao redor do mundo são muitas vezes mensurados de maneiras diretas, como por exemplo, a frequência em locais de culto; a espiritualidade, por sua vez, é medida em termos

experienciais pessoais mais indiretos, como a busca de significado, paz e a realização pessoal e o sentimento de uma relação pessoal com um poder superior (apud ZIMMER et al., 2016).

Assim, a atividade religiosa normalmente é pensada para ocorrer dentro ou em conexão com instituições formais; enquanto a atividade espiritual, assumindo um caráter mais pessoal, pode ocorrer dentro e igualmente fora das instituições formais. Religiões orientais, por exemplo, tais como Xintoísmo praticado no Japão e o Budismo praticado no sudeste e no sul da Ásia, envolvem um maior grau de culto privado do que as religiões mais comumente praticadas no mundo ocidental (HIDAJAT et al., 2013 apud ZIMMER et al., 2016).

Portanto, a religião pode ser uma das formas de manifestação da espiritualidade, mas não a única.

- **Singularidade/Sentimentos**

Essa unidade apresentou 4 verbalizações Os profissionais trouxeram a espiritualidade como algo singular, individual, referente ao próprio EU; seja constituída pela junção de diferentes religiões, seja diferente de qualquer dogma religioso.

“[...] espiritualidade eu acho que é uma coisa individual né, é não tem religião, não tem crença, é uma coisa que vem da pessoa, então a minha espiritualidade é totalmente diferente de todos os dogmas de certas religiões [...]”

E22

“[...] eu tenho a minha espiritualidade juntando várias religiões, essa é minha espiritualidade [...] então espiritualidade pra mim é isso: se preocupar com essa parte que é o meu EU.”

E16

Pode-se perceber nesses discursos que os profissionais conseguem pensar a espiritualidade como algo único, singular, construído a partir de experiências individuais. No entanto, apresentam uma dificuldade em definir a sua espiritualidade, trazendo falas superficiais em relação à mesma. Isso pode

demonstrar, mais uma vez, como esse tema não é frequentemente pensado por eles.

Além disso, os participantes também relacionaram a espiritualidade a um bem-estar individual e à capacidade de “contagiar” as pessoas ao redor com essa mesma sensação. Tal definição não corrobora com a literatura encontrada.

*“Espiritualidade pra mim é um estado de espírito no qual você consegue estar bem e passar isso pras pessoas. De que maneira? Pode ser através de um sorriso, pode ser através de um toque, pode ser através de um olhar... que acho que a partir do momento que você está bem, você consegue passar isso pros outros... pra mim isso é espiritualidade.”*

E13

#### **6.2.1.2 Subcategoria temática 2: Origem das concepções**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre a origem das concepções de espiritualidade dos profissionais de saúde. Foram identificados 19 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Criação**

Essa primeira unidade apresentou 11 verbalizações. Traz à tona a influência da criação recebida em relação à religião ou mesmo ao contato com diferentes religiões através dos familiares. Destaca a influência do ensino da fé na construção individual do conceito de espiritualidade.

*“Ah... o conceito surge porque eu sempre tive uma criação cristã né... então.. ah... como minha criação foi assim, meus pais são religiosos, vem em parte disso, por exemplo, ah... eu sempre fui criado assim pra acreditar, ter fé que as coisas vão dar certo né, ter fé que as coisas vão melhorar, que o mundo vai melhorar, que a gente tem que fazer o bem pras pessoas, então isso... esse conceito é em volta disso, na minha cabeça, de espiritualidade né...”*

E1

*“Ah... família... acho que vem... tem muita religião diferente na minha família, tem não religião... então acaba tendo muita informação diferente e até assim... conflitos de conceitos, que acabou formando isso...”*

E24

Importante destacar que dessas 11 verbalizações, 3 trazem a questão da criação associada a uma conseqüente busca ativa posterior, resultado, muitas vezes, de um amadurecimento pessoal, como retratado abaixo.

*“Acho que ela começou na infância, a partir da inserção, da minha inserção numa religião e, depois disso, mais maduro, um questionamento próprio... um questionamento próprio por perceber, por sentir, na verdade, que existe algumas coisas além, a mais, que a nossa existência humana e que a ciência não consegue explicar.”*

E23

Num primeiro momento, a responsabilidade pela formação da consciência e da cidadania do indivíduo cabe à família (RODRIGUES, SOBRINHO, DA SILVA, 2000).

Nessa formação, há autores que explanam sobre a importância das necessidades básicas do indivíduo, uma vez que estas podem se tornar mecanismos de satisfação e entusiasmo quando satisfeitas. Uma dessas necessidades é a auto realização. Envolve a espiritualidade, as necessidades de religião, fé, crença, filosofia de vida, conhecimento, aprovação e reconhecimento. Permite o direito de todo indivíduo acreditar na sua religião e nas suas crenças espirituais, considerando o auxílio que estas oferecem no enfrentamento das dificuldades. Portanto, pode-se afirmar o papel central que a família exerce na formação de crenças, valores e conhecimentos do indivíduo (RODRIGUES, SOBRINHO, DA SILVA, 2000; ROSSATO et al., 2012).

Mohana (1964) afirma que a vida psíquica é constituída em três níveis distintos e inseparáveis: nível psicobiológico; nível psicossocial e o nível psicoespiritual, voltado para a espiritualidade e a busca pelo sentido da vida (apud RODRIGUES, SOBRINHO, DA SILVA, 2000). Assim,

*“o papel da família se volta para o bem-estar do grupo familiar, em termos de crescimento, desenvolvimento, progresso e realização de seus ideais, através do apoio e flexibilidade nos padrões de conduta moral e social.*

*Pode ser fundamentado na prática do cuidado, aproveitando as possibilidades de cada membro, conforme suas crenças e seus valores”*

(RODRIGUES, SOBRINHO, DA SILVA, 2000, p.47).

- **Busca ativa**

Essa unidade apresentou 4 verbalizações. Traz a origem da concepção de espiritualidade baseada numa busca ativa, seja a partir de experiências de vida pessoais, seja em decorrência do próprio trabalho em saúde.

*“Aí... uma necessidade... eu acho que foi uma parte da minha vida que eu passei um pouco de dificuldade pessoal e do nada me deu vontade de ir lá na Igreja conhecer. Fui, sentei lá no fundo e aí a maneira como eles me acolheram, me trataram, e eu comecei a acrescentar isso na minha vida, no meu dia-a-dia...”*

E6

*“Eu criei essa concepção estudando, eu acredito que... eu tinha concepção que era é... equivocada né... anteriormente e com a... de conhecer os cuidados paliativos eu comecei a conhecer esse termo melhor né... eu consegui refletir sobre ele né... e eu tento usar ele na prática diária...”*

E25

*“[...] na faculdade voltou a ser formado essa, essa questão de espiritualidade [...] que aí eu fui ver mesmo que... é muitos só restam se apegar na espiritualidade, na religião, nas crenças, na... em algo que não tá no controle dele mais né... todas as opções já foram feitas né... e aí foi que... ã... essa questão se consolidou mais né, eu acredito que foi isso.”*

E22

Os dois últimos discursos relatam a busca pela concepção de espiritualidade após a formação profissional, ou seja, o contato com o paciente, o ato de cuidar proporcionou reflexões para esses profissionais da saúde que o

impulsionaram para uma busca na formulação desse conceito pessoal. Isso ressalta a complexidade da relação terapêutica entre o profissional de saúde e o sujeito de cuidados.

De acordo com Mandú (2004), a vivência da saúde não se limita a uma simples referência biológica, isto é, cada sujeito vivencia a sua condição corporal e a ela reage, de modo peculiar, por meio de ideias, valores, projeções e comportamentos, associados a emoções e sentimentos, que representam um modo sociocultural e psicoafetivo de traduzir a vida. Devido a essa singularidade, fala-se da necessidade do olhar integral no cuidado em saúde e da complexidade envolvida neste ato.

De acordo com Leite e Gonçalves (2009), cuidado integral em saúde consiste num conjunto de ações pautadas no conhecimento da realidade do sujeito, bem como de sua família, que interagem entre si num processo dinâmico. É composto por tentativas intersubjetivas e transpessoais que visam auxiliar o indivíduo a encontrar sentido na doença, no sofrimento, na dor e na existência; bem como no processo de autoconhecimento, autocontrole e autocura que ocorrem através da interação profissional-usuário. Esse processo de interação pode ocorrer através do diálogo, da conversa, da escuta sensível e, a partir daí, o uso das habilidades e dos conhecimentos dos profissionais para a identificação das necessidades de saúde do sujeito (WATSON, 1997 e KING & TALENTO, 2000 apud SILVA et al., 2008, p.293).

*“Os indivíduos, famílias ou comunidades, sujeitos da atenção em saúde, precisam ter acesso a instrumentos que potencializem subjetividades, favorecendo seu empoderamento, o que é alcançado de forma cooperativa, relacional”* (COELHO, FONSECA, 2005, p.216).

Ayres (2004) complementa enfatizando que a relação terapêutica deve se desenvolver na busca da construção compartilhada, não havendo leis universais ou modos de fazer pré-estabelecidos. O cuidado em saúde deve ser um encontro de subjetividades, onde profissional e sujeito afetam e são afetados mutuamente, estando presentes sentimentos, emoções, crenças, valores e saberes de ambos os envolvidos. Nesse encontro, há aprendizados e trocas entre os envolvidos, cujo objetivo consiste no resgate da dignidade do indivíduo na sua condição de sujeito do cuidado (SILVA et al., 2008). Após um encontro de subjetividades, tanto o profissional de saúde quanto o sujeito do cuidado saem diferentes. É esse encontro,

associado ao uso da racionalidade científica, isto é, dos saberes técnicos, que o cuidado integral acontece, significados são construídos e vivências ou fatos são ressignificados. E isso vale para todos os envolvidos.

Além disso, esses discursos também enfatizam a importância do tema espiritualidade ser abordado durante a formação profissional, o que será discutido num tópico mais a frente.

- **Religião**

Essa unidade apresentou 4 verbalizações. Traz a afinidade com determinada religião. A prática da religião atual foi considerada por alguns como a responsável pela concepção de espiritualidade adotada:

*“Eu acho que isso eu formei mais da minha religião né... de ter essa religião... acreditar em algo maior e eu acho que pode ser né... o pouco entendimento que eu tenho, ou sobre nenhum conhecimento que eu tenho sobre espiritualidade, acho que isso pode estar atrelado pela minha visão de religião.”*

E8

### **6.2.1.3 Subcategoria temática 3: Importância**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre a importância da espiritualidade para os profissionais de saúde. Foram identificados 12 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Traz paz, conforto, segurança/ Dá força/ Aceitação**

Essa unidade apresentou 9 verbalizações.

*“Porque traz conforto, porque faz entender muita coisa, muitas situações que talvez a gente não entenderia se não tivesse esse lado espiritual... eu acho que o*

*melhor pra mim é conforto... me conforta em muitas situações e me faz entender muitas coisas, que talvez eu não entenderia se não tivesse essa parte espiritual..."*

E16

*"Eu vejo essa importância menina, porque eu acho que te dá força [...]."*

E12

*"Acho que fica mais fácil de você lidar com as coisas, com os acontecimentos, então eu acho que fica mais fácil, a gente segue um caminho né... às vezes não é aquilo que você queria né... então... mas eu acho assim que é tudo por Deus mesmo, porque a gente faz os planos, mas os Dele é... o Dele é sempre melhor que o nosso, então, eu acho... eu penso assim..."*

E20

- **Objetivos/ Significado**

Essa unidade apresentou 2 verbalizações.

*"Ah... porque pra tudo a gente tem que ter fé... tem que ter... a gente tem que ter mesmo espiritualidade, tem que ter fé em tudo... tem que crer em Deus né... pra gente conseguir nossos objetivos, pra gente né, pra gente ter uma luz no final do túnel né... então eu sou bem assim... eu, particularmente, eu coloco Deus acima de tudo né... então eu peço pra Deus pra abençoar meu dia, abençoar minha vida... é... é isso que eu penso..."*

E14

*"Acho que pra tudo... acho que é pra momentos, lógico que muitas vezes são utilizados pra momentos de sofrimento, de dor, onde você busca algum significado, ã... algumas ajudas... mas eu acho que é importante de modo geral pra vida mesmo [...]"*

E8

- **Construção do caráter**

Um profissional refere que a espiritualidade tem sua importância na construção do caráter.

*“Ah, eu penso mais, assim, em construção de caráter mesmo, de princípios, eu acho... eu acabo linkando, eu não consigo separar uma coisa da outra assim, então, tipo, fazer o bem ou não, acho que vem muito próximo de espiritualidade ou de religião, quando é o caso, mas eu acho muito próximo assim... questão de construção de caráter e espiritualidade.”*

E 24

Os profissionais afirmaram que a espiritualidade consiste numa dimensão importante para diversos aspectos da vida humana por trazer conforto e força para enfrentar os momentos difíceis; auxiliar na aceitação e na oferta de um significado para uma situação vivenciada, em concretizar os objetivos individuais traçados e até mesmo na construção do caráter, ou seja, auxilia o indivíduo a compreender o que é certo, o que é errado e qual o melhor caminho a seguir.

Como se pode perceber, essa subcategoria vai ao encontro do trazido por alguns autores que afirmam que a espiritualidade é um atributo inato do ser humano, responsável pelo bem-estar, pela saúde, estabilidade e sentimentos de esperança, amor e fé, trazendo um significado para a vida. Afirmam ainda que o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo não a reconhecendo e que, uma vez inata ao ser humano, ela também se faz presente na vida profissional do trabalhador da saúde, impactando inclusive na assistência prestada à medida que interfere no relacionamento interpessoal (profissional-sujeito do cuidado), bem como no tipo de cuidado ofertado (ROSS, 2006; TREVISAN et al., 2000 apud GUSSI; DYTZ, 2008; NASCIMENTO et al., 2013; LONGUINIÈRE et al., 2018).

De acordo com Watson (1988), as práticas espirituais, no mínimo, reforçam o sistema imunológico do indivíduo, o que já foi comprovado cientificamente e que proporcionam ao ser humano a sensação de segurança, de controle, otimismo, capacidade de adaptação e esperança. O benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de sete a catorze anos na expectativa de vida (NEUMANN E PEEPLES, 2001 apud PERES et al., 2007).

#### 6.2.1.4 Subcategoria temática 4: Como exerce

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre como os profissionais de saúde exercem sua espiritualidade. Foram identificados 4 relatos dispostos em 2 unidades de significado. Alguns trechos selecionados abaixo ilustram as verbalizações dos participantes.

- **Através de práticas individuais e coletivas**

Essa unidade de significado relata o exercício da espiritualidade através de práticas coletivas e de práticas individuais. São representadas por três verbalizações.

Os participantes entendem como práticas coletivas aquelas em que as pessoas se unem para um propósito em comum, como por exemplo: missas, batizado, estudos do Evangelho, recebimento de passes etc. Já as práticas individuais, são aquelas realizadas e vivenciadas por um objetivo singular, único, exemplificadas pelos participantes como: prática de Yoga, meditação, orações, pedidos, agradecimentos, promessas e atividades de caridade.

*“[...] podem ser desde práticas coletivas né..., que aí surgiram as religiões né..., que as pessoas se unem com um propósito em conjunto né... com um objetivo em conjunto, com práticas... é... estruturadas, pra fazer essa conexão; quanto uma conexão individual mesmo né... cada um vai buscando seu caminho, nesse sentido aí de conexão com... em algo que é transcendente... que é maior. [...] Eu já participei muito de práticas coletivas... eu já frequentei muito a Igreja Católica, escolhi frequentar a Igreja Católica né... escolhi ser batizada na Igreja Católica é... frequentei... fez sentido pra mim por um bom tempo... já frequentei a religião espírita, que tem suas práticas também particulares aí, coletivas... é... já utilizei muita prática de Yoga como... com relação com esse transcendente pela... pela meditação e pela própria presença da prática, é... atualmente assim, eu utilizo de vários meios na verdade, eu acho que fui pegando um pouco de cada, mas... eu faço as minhas... eu faço as minhas orações, procuro fazer agradecimentos, pedidos, já fiz promessa, tenho até que cumprir... (risos) [...]”*

*“Eu acho sempre que você faz alguma atividade mais de caridade assim, acaba entrando mais em contato com esse lado, assim, eu gosto de a cada 2, 3 meses fazer uma doação do que for, tipo, roupa, livro, alguma coisa que eu tenha em casa assim, é... precisando ou não, assim, quando você dá uma coisa que você não precisa eu não vejo nem como caridade, é tipo quase que um favor né, aquilo está te incomodando, leva isso embora... mas eu gosto de, tipo, ah, tipo, usaria essa roupa ainda, mas ainda sim você doa, acho que é uma coisa mais amorosa ai, acho que é uma coisa mais de demonstrar um cuidado com o outro, é... eu gosto de participar de evento beneficente [...]”*

E24

- **Satisfação com o que possui**

Um participante enfatiza que sua forma de exercer a espiritualidade também se refere à prática de se sentir satisfeito com tudo o que já possui.

*“[...] e eu acho que a gente tem que viver esse presente... não é se conformar, não é não traças planos, mas de se satisfazer com aquilo que a gente possui, com as aprendizagens, então é nesse sentido assim que eu tento essa conexão.”*

E17

A espiritualidade produz transformação interior no ser humano, uma vez que se refere à consciência de um Eu interior. E a partir dessas mudanças internas, a espiritualidade desencadeia uma rede de transformações externas: na comunidade, na sociedade e nas relações com a natureza e com o Universo. A espiritualidade também favorece a construção de significados por estar ligada a dimensões que transcendem o ego e que podem ser experienciadas em nível intrapessoal (conectando-se consigo mesmo), interpessoal (no contexto do outro e do ambiente natural) e transpessoal (em conexão com o que não está visível: Deus ou Força Superior) (BOFF, 2001; REED, 1992 apud DEZORZI, CROSSETTI, 2008).

Como se pode perceber, da mesma forma que a definição de espiritualidade é ampla, a maneira de se exercê-la também segue o mesmo caminho. Existem diferentes práticas contemplativas que possibilitam o exercício da espiritualidade, ou seja, da conexão com o transcendente; variando de acordo com os diferentes contextos ao redor do mundo.

De acordo com Davidson e outros colaboradores (2003), recentemente, pesquisas sobre espiritualidade e saúde têm considerado os impactos da atenção plena (mindfulness) e da meditação (apud ZIMMER et al., 2016). Enquanto a oração pode ser considerada uma conversação, muitas vezes interna, com um poder divino ou um eu superior, meditação e atenção plena podem ser pensadas como uma tentativa de concentração profunda com um foco particular, como na respiração ou uma tentativa de ser agudamente consciente de seus sentimentos, pensamentos e experiências (SHAPIRO & CARLSON, 2009 apud ZIMMER et al., 2016). Oração, meditação e atenção plena possuem conexões próximas: todas são pensadas para o despertar físico e o relaxamento mental (IVANOVSKI & MALHI, 2007 apud ZIMMER et al., 2016). A meditação e a oração também contribuem para o aprimoramento do senso de objetividade, atenção, aprendizagem e memória, além de auxiliarem no controle de emoções intensas (NEWBERG; D'AQUILI, 1998 apud DE ASSIS, 2012, p.50).

Nesse sentido, um estudo realizado sobre a espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva, mostrou que as práticas de relaxamento, meditação e reflexão confirmaram que, ao pensar sobre o vivido e encontrar tempo para si mesmo, as participantes vincularam a espiritualidade a tais atividades contemplativas. Essas práticas oportunizaram às profissionais momentos de encontro consigo mesmas, voltando-se elas para o mundo interior num movimento de conhecer a complexidade do Eu profundo e de buscar recursos que tragam mais consciência e bem-estar. As participantes, ao pensarem sobre suas práticas, ressaltaram a relevância do autoconhecimento e a necessidade de se cuidarem (DEZORZI, CROSSETTI, 2008).

É importante destacar que todos esses relatos pertencem aos profissionais que relataram ter realizado cursos na área de Espiritualidade; os demais entrevistados não trouxeram esse conteúdo em suas entrevistas. Isso mostra a importância do estudo sobre o tema, inclusive para melhor definição da própria espiritualidade e conhecimento das formas que auxiliam e fortalecem esse aspecto.

## **6.2.2 Categoria Temática 2 – Cuidado espiritual aos sujeitos internados**

A segunda categoria temática resultou em 6 subcategorias e 17 unidades de significado (Quadro 2 - Apêndice G). As subcategorias relacionadas à Como os profissionais de saúde realizam o cuidado espiritual, Percepção dos momentos de maior busca e Fatores que dificultam a realização do cuidado espiritual foram as que mais apresentaram unidades de significado. Importante destacar que essa categoria temática se refere tanto ao cuidado espiritual realizado aos pacientes hospitalizados quanto ao destinado à sua rede de suporte, o que demonstra que a grande maioria dos profissionais de saúde reconhece a rede de suporte dos pacientes como parte integrante dos cuidados.

### **6.2.2.1 Subcategoria temática 1: Como realizam**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre como os profissionais de saúde realizam o cuidado espiritual dos pacientes crônicos hospitalizados, ou seja, a forma como cuidam da espiritualidade desses usuários. Vale ressaltar que muitos participantes relataram mais de uma maneira de realizar esse cuidado. Foram identificados 29 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Falando de Deus**

Essa unidade de significado apresentou 9 verbalizações.

*“Então... eu mando acreditar em Deus, a única coisa que eu falo, acredita em Deus, porque não importa sua religião, você falando acredita em Deus, ele vai acreditar no que ele crê [...]”*

E3

*“Eu acho que se a pessoa dá essa abertura, eu acabo falando um pouco de Deus, pra pessoa ter fé, que ela vai melhorar, que a cada dia que ela tenha uma melhora,*

*alguma etapa do tratamento a ser vencida, pra ela ter esperança, mas isso no sentido se a pessoa dá abertura, eu falo a palavra Deus ou Jesus, e fé [...]*

E15

*“Eu falo né..., que muito importante é Deus, que tudo na vida a gente tem que passar, e o importante é ter Deus no coração, só..., eu não entro muito em detalhes não...”*

E18

*“Ah..., sempre dando força né..., tem paciente que fica desanimado né..., aí eu falo que... ah, pensa em Deus né..., tenha fé que tudo vai melhorar, que logo..., logo você vai sair dessa situação né..., sempre assim..., acho que meu modo de ajudar é esse, crer em Deus..., eu sempre falo... ah, crê em Deus que tudo vai dar certo né, pede pra Deus pra te ajudar, te iluminar que tudo vai andar melhor.”*

E14

*“Ah... eu procuro..., se é um paciente consciente, orientado, que muitas vezes eles reclamam né, eles estão meio revoltados..., a gente procura dar um apoio espiritual, falar de Deus, pra ter... pra ter fé em Deus, pra ter paciência, e isso ajuda bastante, muitas vezes ajuda muito... [...] não falo de religião, de religião a gente não cita né..., cada um tem a sua, desde que voltada para Deus né, mas a gente procura estar falando do amor de Deus sobre todo mundo.”*

E11

Como discutido anteriormente, muitos profissionais entrevistados trouxeram a concepção de espiritualidade baseada na fé em Deus, pontuando que tal conceito não estava necessariamente relacionado a uma religião específica. No entanto, percebe-se a influência do contexto sociocultural existente, uma vez que o cristianismo e a Igreja Católica tiveram grande contribuição na história do país e conseqüentemente na educação do povo brasileiro. No entanto, nem sempre a espiritualidade do indivíduo está relacionada a uma religião cristã e, podendo, por vezes, não estar relacionada a nenhuma religião. Como já visto, espiritualidade é algo individual, único e diz respeito àquilo que é sagrado para o indivíduo, aquilo que o conecta com o que é transcendente.

Portanto, uma reflexão importante que deve ser realizada nesse tópico é o fato de que antes de falar em Deus é preciso ter ciência se o sujeito acredita em Deus. É necessário buscar conhecer previamente se o indivíduo tem uma religião, se a segue, qual a representatividade que ele dá para ela, indícios quanto ao(s) sentido(s) que a vida tem para o usuário. Iniciar o cuidado espiritual citando Deus e uma importância à Ele relacionada, pode dificultar a criação de um vínculo e a efetividade do cuidado espiritual, principalmente para aquelas pessoas que não acreditam em Deus, que não mantêm sua espiritualidade atrelada à Ele e até mesmo para aqueles que dão outra importância à Deus. Existe uma linha muito sutil entre aquilo que representa a minha concepção daquilo que representa a concepção do outro. E essa linha necessita ser bem reconhecida para que o cuidado espiritual realmente se realize. Neste sentido, Gibertoni (1967) afirma que um dos papéis do profissional da saúde é o de encorajar e reforçar as crenças do sujeito, independente de quais são as suas próprias. Enfatiza que a fé tem um poder inigualável e que o conforto e a segurança trazidos são um estímulo à vida (apud GUSSI, DYTZ, 2008).

Pode-se então perceber a influência da concepção individual do profissional da saúde na forma como este realiza o cuidado espiritual aos sujeitos internados. É importante destacar também que todas as verbalizações desta unidade foram trazidas por participantes que relataram nunca terem estudado sobre o tema espiritualidade. Isso prova, mais uma vez, a importância desse estudo no campo da saúde.

Em um estudo semelhante realizado num hospital-escola estadual, observaram que a espiritualidade do próprio profissional da saúde pareceu influenciar nas decisões tomadas por ele, ou seja, na inclusão ou não da oferta do cuidado espiritual ao sujeito. Perceberam que, a depender da visão de espiritualidade que se tem, o profissional tem dificuldade ou facilidade para lidar com esse tema dentro do contexto de trabalho (NASCIMENTO et al., 2013).

- **Através de ações humanizadas em saúde**

Essa unidade retrata a realização do cuidado espiritual através de ações humanizadas em saúde, ou seja, os profissionais identificaram algumas ações no dia-a-dia do cuidado como ações relacionadas ao cuidado espiritual do sujeito

internado. Essas ações envolvem: oferecer conforto, paz, tranquilidade; dar atenção ao sujeito e à sua rede de suporte; acolher; atender aos desejos sempre que possível; ter uma atitude positiva diante do indivíduo, fazer uso da empatia. Foram agrupadas 14 verbalizações.

*“[...] que nem ontem, ontem eu conversei bastante com uma acompanhante de um paciente e ainda ela virou pra mim e falou assim..., você entrou no quarto, começou a conversar comigo me deu paz, o quarto tá uma paz sabe e assim, é difícil tanto pro paciente, quanto pro acompanhante, quanto pra gente mesmo..., de dar um diagnóstico pra um paciente..., mas eu procuro no máximo, além de ser profissional, ser humana e aí eu tento passar conforto, paz, mas não é fácil não, tem hora que a gente sai do quarto abalada né..., quantas vezes eu já sai do quarto e não chorei um pouco pra mim mesmo..., mas é super bacana porque eu vejo que eu consigo dar uma assistência diferenciada [...]”*

E6

*“O auxílio mesmo, [...] o dar a esperança, o levar a esperança naquele momento né, de sofrimento..., ou mesmo quando a gente sabe que tá com o prognóstico fechado, que vai partir, então o acolher essa família, o acolher esse paciente né..., eu falo que é um... um cobertor..., um manto assim pra se sentir aconchegado, acho que é o que a gente precisa fazer né...”*

E9

*“Na minha atuação eu deixo muito ele trazer... e quando ele traz, a partir do momento que ele traz algo... ã... e dependendo da necessidade, eu ofereço espaço, se ele quiser né... de vir o padre, o pastor... que seja da igreja dele, e acolho o que ele traz, não manifesto nada... ã... além de um acolhimento e coloco a importância de ele ter né isso com ele.”*

E8

*“Sempre de maneira positiva... sempre... tem pacientes que você tá vendo que ele tá no fim da vida, só que não tem problema, você trata muito bem, você chega lá sorrindo... e sempre de maneira positiva, o fim da vida dessa pessoa vai ser mais feliz, porque não tem ninguém que morra com tranquilidade, a morte é algo*

*muito difícil e muito perturbador, todas as pessoas sentem muito medo quando estão muito próximas, da maneira como você entra no quarto, como você cuida, como você toca o paciente, ele vai sentir, melhor ou pior, então cabe muito a nós, chegar com esse lado positivo né..., trazendo isso, mesmo sabendo que não tem mais jeito.”*

E13

*“Eu acho que mais exercitando a empatia, por mim tem alguns pacientes que eles se veem muito sozinhos lá né..., é isolamento..., aqui é um hospital que atende 27,28 cidades, então eles vem de longe, às vezes a família não tem condições de estar vindo... é..., teve uma situação [...] eu entrei no quarto a paciente tava chorosa, porque ela tava sozinha, ela era de um município que era pra lá de Campinas, a família não podia vir e foi um dia de Natal e... na véspera de Natal, dia 24, e aí eu falei assim..., fui num outro quarto, uma paciente estava sozinha, porém ela tinha um familiar, né aí eu falei assim, a senhora não se importaria se eu transferisse a senhora pra ficar de companhia, mas são da mesma idade, elas tinham patologias que não tinha problema nenhum estar junto, e eu acho que é isso, é você se ver..., se espelhar naquela pessoa sozinha, numa data dessa, por exemplo ter alguém ali no quarto pra conversar, pra compartilhar algo né..., acho que ameniza a tristeza, acho que se colocar no lugar..., lá na MI principalmente, eles sofrem muito de solidão, paciente que não possui acompanhante, que não tem visita de família, eles se queixam, às vezes eles se queixam que a gente demora pouco dentro do quarto, porque você sente que eles queriam que você ficasse mais ali, pra fazer companhia pra ele, então eu acho que é isso..., se colocar no lugar mesmo, não tem outro jeito..., saber que a gente também vai passar pela condição de paciente um dia, porque ninguém tá imune a isso.”*

E4

A humanização traz para o atendimento em saúde o olhar integral, considerando o indivíduo em todas as suas dimensões, inclusive a espiritual. Esse conceito facilita a percepção desse aspecto no tratamento em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca efetivar os princípios do SUS, estimulando a produção de saúde e de sujeitos com base na valorização das subjetividades, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade dos indivíduos (BRASIL, 2009). Para tanto, traz seis diretrizes que visam a concretização destas

propostas; sendo elas: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários que serão esclarecidas de forma sucinta abaixo.

O Acolhimento consiste em prestar um atendimento resolutivo, respondendo às necessidades de saúde do sujeito, se responsabilizando por ele desde sua chegada até sua saída. Necessita de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, garantindo a atenção integral e a horizontalidade do cuidado. A Gestão Participativa ou Cogestão envolve a inclusão de todos os envolvidos nos processos de gestão, participando das análises e das tomadas de decisão; parte da premissa de que todos são gestores de seus processos de trabalho. A Ambiência valoriza a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, tanto para os profissionais da saúde, quanto para os sujeitos de cuidado. A Clínica Ampliada consiste na prática interdisciplinar de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, com decisões compartilhadas e compromissadas, aumentando a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, favorecendo a criação de vínculos. A Valorização do Trabalhador oferece visibilidade aos trabalhadores, incentivando a inclusão destes nas tomadas de decisão, valorizando sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Por fim, a Defesa dos Direitos dos Usuários visa assegurar o cumprimento dos direitos dos usuários garantidos por lei em todas as fases do cuidado, bem como incentivar o conhecimento destes por parte dos sujeitos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Todas as ações humanizadas citadas pelos profissionais vão ao encontro de tais diretrizes trazidas pela PNH. Isso mostra como esse conceito de cuidado integral já está embutido no ato de cuidar dos profissionais de saúde, que, de acordo com as verbalizações trazidas, buscam realizar reconhecendo as subjetividades envolvidas no processo saúde-doença. Pereira, Barros e Augusto (2011) enfatizam a importância do cuidado humanizado, uma vez que, nessa concepção, a rede de interações e significados a ela atribuídos é constituinte de identidades e construtora de saberes, sentidos e olhares sobre a saúde e o adoecer. Também nesta concepção, a subjetividade torna-se alvo de investimento e de transformação do cuidado.

Outra importante reflexão nessa unidade de significado é a questão do receio que muitas vezes os profissionais sentem em realizar o cuidado espiritual,

mostrando assim uma dificuldade em reconhecê-lo como parte integrante do seu trabalho em saúde, como bem destacado na fala do Entrevistado 8. Sobre essa questão, Nascimento e outros colaboradores (2013) destacam que em determinadas situações, os profissionais de saúde atuam como mediadores de ações que incorporam a espiritualidade do sujeito, no entanto, essa prática só é concretizada se os trabalhadores não se sentirem ameaçados em relação às normas institucionais. Os autores complementam afirmando ser desejável que as instituições de saúde reconheçam o cuidado espiritual como parte integrante da assistência integral e que valorizem os profissionais como elementos essenciais na efetivação deste cuidado. Para tanto, mais uma vez, se faz necessária a capacitação de trabalhadores e gestores na temática.

*“[...] o que eu observo é que às vezes..., às vezes não, na grande maioria das vezes, assim..., é o familiar que tá perto e que sofre muito mais que o paciente, às vezes o paciente já tá até num momento que ele já aceitou né..., ele já passou daquela fase que ele tá negando, o que vai acontecer eminentemente, ou ele já nem tem tanta consciência do que tá acontecendo com ele, e é mais o familiar que tá naquela angústia, então... aí assim, eu tento ir pra um lado, não de incentivar é..., criar uma falsa esperança no familiar... oh ele vai melhorar... não..., é no sentido de que, naquele momento, o mais importante é da qualidade de vida pra minimizar o sofrimento, que é daquela melhora que a gente pode dar no momento..., que não adianta a gente se apegar a querer a pessoa melhor que não necessariamente ela vai melhorar ou que vai ser o melhor pra ela né..., então..., nesse sentido...”*

E1

De acordo com o relato acima, é possível verificar que os profissionais da saúde percebem a necessidade do cuidado espiritual não só para o sujeito hospitalizado, mas também para a sua rede de suporte.

Os indivíduos que estão enfrentando um adoecimento e seus familiares vivenciam diferentes emoções e mudanças durante o percurso da doença. Independente do contexto, do tipo de adoecimento e do modo como surge em sua vida, a família se mobiliza e reúne recursos emocionais, espirituais e até financeiros para a realização do cuidado. Percebe-se então que a família tem papel fundamental junto ao paciente no enfrentamento da doença. Muitos familiares que irão conviver

com o indivíduo na trajetória de descobrimento e processo do adoecer encontram na espiritualidade um suporte para as perdas e limitações que a doença impõe. Sendo assim, ressalta-se que é preciso uma atenção à família como um todo. É importante que os profissionais de saúde conheçam a família do sujeito e a inclua também como objeto de cuidado. Intervenções que utilize a escuta atenta e sensível aliada a uma postura acolhedora e respeitosa para sentir e perceber os seres cuidados em suas singularidades e complexidades e a habilidade para atender integralmente as demandas apresentadas, deve fazer parte do cuidado oferecido pela equipe de saúde (ROSSATO et al., 2012).

*“[...] tem momento que você só segura na mão do paciente..., tem momento que você faz uma mudança de decúbito..., você faz o que o paciente te solicita, muitos pedem pra passar água na boca, ou muitos ficam inventando coisas pra que você fique no quarto, isso acontece muito..., então o que ele solicita eu costumo fazer... dentro do que é possível.”*

E13

A fala acima trouxe a questão do cuidado em saúde de uma forma tão simples, delicada, permeada de ternura que merece ser destacada.

De acordo com Silva, Cotta e Rosa (2013), o saber cuidar implica em sentimentos éticos do ser humano para com o meio que está inserido. Alguns sentimentos são fundamentais para a realização das ações de cuidado em saúde, tais como: amor, ternura, carícia, cordialidade, convivialidade e compaixão, por garantirem a humanidade ao ser humano. As autoras trazem a ternura como o sinônimo de cuidado essencial e afeto que se devota às pessoas e o cuidado que se aplica às situações existenciais. A ternura emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros. Outro sentimento importante destacado é a carícia que é, fundamentalmente, a mão: a mão que acaricia, toca, afaga, segura, estabelece relação, acalenta e traz quietude. A cordialidade e a convivialidade estreitam as relações entre os seres humanos. A compaixão talvez seja o sentimento mais difícil de sentir. Consiste na capacidade de compartilhar paixão com o outro; de sair do seu próprio círculo e entrar no universo do outro em sinergia. As autoras finalizam pontuando que se os profissionais de saúde estiverem imbuídos destes sentimentos enquanto trabalhadores e seres humanos, o mundo estará mais iluminado e mais

sedento de vida. Penso também que esses sentimentos podem ser a chave para abrir a porta do encontro entre as subjetividades existentes na relação terapêutica profissional-sujeito de cuidado.

Destaco que as duas unidades de significado até agora descritas relatam a realização do cuidado espiritual a partir da busca do sujeito e/ou de sua rede de suporte. Isso significa que os profissionais só realizam o cuidado se o indivíduo traz essa dimensão durante os atendimentos; se ele busca falar de sua espiritualidade para o profissional. Caso contrário, os trabalhadores não discutem esse aspecto durante o período de internação.

Esses resultados corroboram com outros estudos feitos. Uma recente pesquisa realizada com 27 médicos encontrou que 89% destes relataram que tal competência profissional deve oferecer assistência espiritual a seu paciente, desde que seja solicitado. Trouxeram relatos sobre a percepção de que a espiritualidade, além de servir como prática médica humanizada, auxilia no tratamento, aumentando as chances de sucesso e que sujeitos mais espiritualizados tendem a aderir mais ao tratamento, uma vez que encontram maiores forças para enfrentar o adoecimento (AIRES; De CARVALHO, 2015). Ou seja, os profissionais reconhecem a importância e as contribuições dessa abordagem durante o tratamento em saúde, mas só o fazem se o sujeito ou sua família/rede de suporte solicitar.

Dos 17 enfermeiros entrevistados, quatro afirmaram reconhecer os conceitos de espiritualidade e religiosidade, mas negaram sua utilização na prática profissional ou reconheceram o seu uso esporádico, como em situações de óbitos. Apesar do emprego esporádico, os participantes manifestaram interesse em ampliar a aplicabilidade dos conceitos em sua prática profissional. Um profissional relatou não abordar essa questão no cuidado em saúde pela falta de experiência profissional (NASCIMENTO et al., 2013).

Neste sentido, faz-se importante pensarmos algumas questões: esse olhar integral, a ternura, a compaixão, o acolhimento, o ter uma atitude positiva diante do sujeito e de sua rede de suporte garantem a realização do cuidado espiritual? Todas os relatos apontados até agora trouxeram a realização do cuidado espiritual a partir da busca pelos sujeitos hospitalizados. Todos os indivíduos internados, vivenciando um adoecimento, têm claro para si o seu sagrado? Têm ciência que, talvez, podem estar vivenciado também um sofrimento espiritual?

- **Buscando conhecer o sujeito**

Esta unidade de significado englobou 6 verbalizações. Diferentemente das duas anteriores, esta apresenta um olhar diferenciado. Traz o cuidado espiritual como parte integrante do processo de trabalho; não esperando uma abertura ou uma busca do sujeito e/ou de sua rede de suporte para que o mesmo aconteça. Dessa forma, o profissional assume uma postura ativa diante do cuidado dessa dimensão. Importante destacar que dos relatos trazidos, cinco pertencem aos participantes que disseram ter estudo/aprofundamento no tema espiritualidade. Através das falas é possível perceber que a forma de abordar o assunto é, muitas vezes, incluída na própria anamnese do sujeito; uma dimensão que busca ser conhecida desde os primeiros atendimentos. Tal fato nos prova, mais uma vez, a importância da capacitação do profissional de saúde acerca dessa temática. O ensino, além de trazer o conhecimento sobre o assunto, proporciona mais segurança e correto preparo ao trabalhador para a abordagem desse cuidado.

*“[...] eu tento buscar no paciente assim... de não falar em religiões x, y ou z, mas de puxar nele algum mecanismo de espiritualidade assim, algum..., alguma cordinha de fé que ele tem, aí você consegue ir abordando o paciente nessa fase. [...] O que eu faço assim..., durante... de maneira nenhuma eu imponho alguma coisa ou tento ser tendencioso, isso principalmente pela estratégia da gente criar relação profissional-paciente né, então eu não falo se o paciente me pergunta ou não, eu não falo da minha religião, eu não falo as minhas convicções, mas eu percebo que em algum momento eu abordo o paciente sobre esse tema [...]”*

E5

*“É..., esses pacientes são muitas vezes portadores de doenças crônicas, que tem essa característica, de não ser de rápida progressão, mas é uma longa progressão da doença, são pacientes que tem uma demanda social maior, então é..., a minha intervenção mais frente a isso é relacionado as possibilidades, conhecer o indivíduo, tentar conhecer aquilo que ele tem de motivação, aquilo que traz..., é importante pra ele..., e trabalhar nesse sentido, de trabalhar aspectos positivos, e coisas positivas, que pra eles são né, e fazer com que ele possa realizar..., manter esse caminho né..., trabalhar pra se sentir pleno, com sentido de vida, é buscar isso né..., é... e*

*muitas vezes a gente indo é..., conversando sobre a vida, o que que a pessoa gosta, eu trabalho nesse sentido, geralmente eu..., batendo papo mesmo né..., tendo um tempo pra ouvir as pessoas, vendo as necessidades dele, quais são os desejos né..., e você vai descobrindo aquilo, por exemplo, algo que falta preencher, algum... alguma coisa importante pra ele... ah..., o importante é minha família, eu gostaria de revê-los, gostaria de conversar com alguém... é..., ou simplesmente eu gostaria de... é... por exemplo, fazer o tratamento adequado, gostaria de recomeçar né..., porque geralmente são pacientes na MI que se perdem no meio do caminho... e perdem o tratamento..., é..., pensando em pacientes assim né que são..., tanto na MI interna, a gente vê né, HIV, são os doentes com demência que reinfectam né..., pensando mais na parte... e trabalhar a família também né..., esqueci de falar, mas a família, buscando os valores da família, aquilo que leva eles ao trabalho, aos cuidados né..., qual era a relação daquele indivíduo com a família, é..., qual é a história deles né..., acho que a primeira coisa é conhecendo..., eu atuo dessa forma, tentando conhecer aqueles pacientes, descobrindo a... aquilo que é importante, relevante pra ele, e é mais isso...”*

E25

*“é..., é difícil porque às vezes vai no meio dos atendimentos né..., acho que eu não reservo um momento pra fazer o cuidado espiritual, separado das intervenções, mas, eu tento buscar com eles... é..., superar um pouco é..., às vezes as manifestações de raiva, de revolta, eu acho que isso é muito presente nos pacientes que passam por essas situações [...] geralmente são pacientes mais jovens né... [...] que tinha muito dessas questões sociais, econômicas, conflitos familiares, é..., e então tento buscar com eles, é... uma outra forma de vivenciar essa situação, tentando identificar com eles, a parte da crença que eles possuem, se há algum propósito, pra isso, que vise esse aprendizado, que dê pra tirar de positivo dessa experiência, mas principalmente assim, é... tentar estabelecer aquilo que ele entende por transcendente [...] uma compreensão mais ampla, sabe, da situação que possa ajudar na construção de um projeto de vida diferente, acho que é nesse sentido assim, que eu tento auxiliar”*

E17

*“Geralmente na primeira consulta já né, eu pergunto,... ã, o que que ele entende pela doença dele, o que que ele tá fazendo pra tentar melhorar, é..., quais são a rotina, quais são as rotinas do dia-a-dia, se ele tem religião, ai nessa religião eu busco,... ã, mostrar que há algo que a gente não tem controle, mas que ajuda ele né, geralmente eles trazem também essa, essa, essa noção de, é..., de algo que não tá no nosso controle né..., não está no nosso controle a cura total dele né, no sentido amplo né..., então, é..., geralmente eu começo com essa, com essa abertura e tem alguns que já, na primeira já consigo ter essa abertura, outros não, né..., geralmente aqueles pacientes, é..., que já passaram por muitas internações, já abandonaram muitos tratamentos, é..., esses pacientes demoram um pouquinho mais pra a gente ter essa abertura né.”*

E22

Importante destacar também que dois profissionais que detém maior proximidade com o tema, uma vez que já participaram de cursos e estudos na área, relataram a maneira como esse cuidado espiritual deve ser realizado. Pontuam que o tema deve ser abordado de forma natural, enfatizando a importância de não permitir que o mesmo se torne mais um protocolo a ser preenchido.

*“[...] eu acho que a gente não pode é..., generalizar né..., essa questão da espiritualidade com os pacientes, como se virasse um protocolo..., assim, com perguntas muito... estruturadas em relação a isso..., eu sinto que é um tema que pra algumas pessoas é fácil de falar sobre, pra outras nem tanto, porque às vezes é..., não tá muito claro pra pessoa como ela estabelece essa relação, como que tá essa relação né..., às vezes se vai cutucar né..., uma situação que mexe bastante, mas é..., e é muito difícil também a gente deixar o que a gente acredita de lado, pra poder fazer, prestar esse suporte, e não tentar..., sei que às vezes a gente se cobra né..., por esse acalantar, por dar o conforto e às vezes a gente quer vir com uma fala... é... pronta com relação a essa questão ou é..., fazer de tudo para que o paciente acredite né..., que tem que resgatar a fé..., e é um processo tão individual, ninguém acredita por você entendeu? e ninguém vai poder fazer você acreditar né..., é uma coisa que vem de dentro, então se isso ainda não despertou, eu acho que a gente como profissional, tem que estar ali do lado... pra tentar auxiliar nesse processo, não dá pra gente entregar algo que é nosso pro outro, por isso que a nossa crença, a*

*nossa religião, aquilo que a gente construiu é nosso, é nosso caminho, e isso é mesmo com pessoas da mesma religião né..., por mais que tenha as práticas coletivas, né, é... os espaços são coletivos, o caminho que cada um vai percorrer, dentro daquele... daquela prática, é muito individual..., isso tem a ver com nossa história de vida, isso tem a ver com aquilo que a gente tá passando, então é..., eu acho que a gente tem que estar ali, pra auxiliar nessa construção, mas não dá pra gente dá aquilo que é nosso, às vezes é tão difícil a gente... a gente..., principalmente quando a gente tá bem, a gente quer que o outro também se sinta e quer mostrar o caminho... falar... eu fiz assim né..., a gente pode até... se a gente for pensar é..., se a gente tiver muito vínculo né tal..., contar um pouco da nossa..., do nosso caminho, mas ele é nosso, como... como uma possibilidade, de que foi alcançado esse encontro com o transcendente, mas não pra... copia e cola... não dá...”*

E17

*“[...] como existe escala para avaliar a funcionalidade, existe uma escala né, pra avaliar a espiritualidade, e eu não uso, mas eu tenho a concepção dessas escalas, mas no meu dia-a-dia eu não uso essa padronização, porque eu acho que falar sobre isso tem que ser... é..., não tem que ser algo tão imposto, chego lá e..., ah, o que o senhor acha da religião na sua vida, o que que você..., eu acho que..., que essa abordagem tem que nascer naturalmente, lógico que você pode perguntar de religião, você pode perguntar algumas coisas, mas tem que vim na hora correta, na maneira correta, é..., eu acho que não tem que ser tão objetivo e tão dirigido, é algo que tem que ir surgindo né..., pra você conhecer..., você precisa ter tempo pra conhecer esse indivíduo, e através desse conhecimento, da história, dos desejos, você ir abordando isso com ele né..., então eu não uso metodologia recomendada pelos livros... (risos)”*

E25

Todos os recursos citados são extremamente importantes para a realização do cuidado espiritual. No entanto, se não souber avaliar o momento de colocá-los, o cuidado acaba não sendo concretizado, ou, por vezes, acaba servindo como uma violência e não um cuidado. Para tanto, faz-se necessária a não mecanização desse uso, como bem descrito nas falas acima.

Em relação à como realizar o cuidado espiritual e as ferramentas que podem ser utilizadas, alguns autores trazem discussões bastante significativas a esse respeito.

Koenig (2012) no seu livro “Espiritualidade no Cuidado com o Paciente: Por quê, Como, Quando e o Quê” afirma que a percepção do momento certo para abordar a espiritualidade de um sujeito poupa mal entendido. Em relação a esse cuidado, o bom senso, portanto, deve imperar.

Não existe uma só forma de abordar a espiritualidade, assim como não existe uma forma correta. Muitas vezes, a sua abordagem faz-se de forma natural e tranquila, o que depende das próprias heranças culturais de cada profissional da saúde (LUCCHETTI, et.al., 2010).

Alguns autores trazem exemplos de práticas que o profissional da saúde pode utilizar no cuidado espiritual dos sujeitos. Dentre elas, estão: o incentivo por um diálogo interno, isto é, adquirir o hábito da reflexão, mantendo um diálogo consigo mesmo sobre suas atitudes e melhorias; o incentivo por diálogo externo, ou seja, incentivar o indivíduo a conversar com outras pessoas, dividir, partilhar com o outro, abrir canais de comunicação; o uso de técnicas de relaxamento, meditação e o incentivo à prática da oração/prece para aqueles indivíduos que desenvolvem sua espiritualidade sob o prisma da religião, podendo oferecer-lhes a possibilidade de contato com líderes religiosos, sempre em concordância com a religião do sujeito. Para os casos de indivíduos não religiosos, ao invés de focar na espiritualidade, o profissional da saúde pode questioná-lo sobre como convive com a sua doença; o que promove um significado e um propósito à sua vida e quais as crenças culturais que podem impactar no seu tratamento (SÁ, 2009; KOENIG, 2012).

O simples fato do profissional de saúde demonstrar preocupação com o aspecto espiritual do indivíduo já interfere positivamente na relação profissional-sujeito de cuidados e, conseqüentemente, no impacto das intervenções realizadas (PERES et al., 2007).

Portanto, o profissional deve estar atento à dimensão espiritual do paciente. O conhecimento científico e prático do assunto pode evitar conflitos na relação profissional-sujeito de cuidados, beneficiar os desfechos clínicos e facilitar o atendimento. O profissional deve saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão, sem ofender ou julgar as preferências religiosas de cada

paciente, de forma a exercer o cuidado da forma mais humana e integral possível (LUCCHETTI, et.al., 2010).

Os profissionais que lançam mão da espiritualidade na sua atuação reportam os benefícios trazidos para o seu cotidiano, como, por exemplo, o conforto para acalmar o sujeito que sofre (LUNDBERG, KERDONFAG, 2010 apud NASCIMENTO et al., 2013).

O relato do entrevistado 17 também trouxe a questão da relação entre a espiritualidade do profissional de saúde e a do sujeito foco dos cuidados. Reflete sobre o quanto o caminho percorrido dentro da dimensão espiritual é singular e intransferível. Essa questão será melhor aprofundada em outra subcategoria.

### **6.2.2.2 Subcategoria temática 2: Percepção dos momentos de maior busca**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre os momentos em que os profissionais de saúde percebem que há uma maior busca pelo cuidado espiritual tanto pelos sujeitos quanto por seus familiares/rede de suporte. Foram identificados 7 relatos dispostos em 5 unidades de significado.

- **Descoberta diagnóstica e tratamento**

Esta unidade contemplou 3 verbalizações.

*“Diagnóstico e tratamento, no momento do diagnóstico, e depois no momento em que você vai passar, explicar..., enfim..., orientar sobre o tratamento... né..., o tratamento e quase que imediatamente a gente fala o prognóstico a esse tratamento..., são nesses dois momentos aí... diagnóstico e tratamento...”*

E23

*“[...] na fase de diagnóstico, por exemplo assim de uma doença infectocontagiosa crônica né..., no momento do diagnóstico, na fase que ele descobre, que ele vai aceitar ou vai negar a doença, na fase do diagnóstico, começa a refletir o que ele vai fazer da vida dele [...]”*

E1

- **Quando próximos da morte**

*“Eu acredito assim, que ele é realizado no dia-a-dia, mas assim..., ele aflora mais... que eu percebo..., com paciente assim que estão próximos da morte né... [...] vem a família..., o próprios paciente, tem paciente que tem medo de morrer, tem paciente que tá muito apegado ainda as coisas daqui, então tem tudo isso né..., a família, às vezes ele se preocupa porque vai deixar o filho, que ele vai sabe..., ele tem os compromissos, então essa angústia... às vezes eles pedem ajuda sim...”*

E9

- **Quando clinicamente piores (em sofrimento)**

*“Eu acho que é quando eles estão clinicamente piores, eu acho que quando o paciente tá com dor, precisando controlar muito sintoma, eu acho que é mais fácil, é quando eu vejo que eles, é..., quando faz outras queixas, é..., quando pede pra rezar, acaba tendo outras solicitações assim, eu acho que é nessa parte mais vulnerável, nesse momento mais, mais sensível mesmo né, quando a pessoa tá em sofrimento eu acho que aflora mais.”*

E24

- **Quando em internação prolongada ou indo embora dependente de cuidados**

*“Eu acho que aflora mais quando o paciente tá em internação prolongada, muitos dias de internação, isso começa a surgir um pouco mais... e quando o paciente se vê numa situação de alta pra casa, que começa essa programação de alta, que precisa de uma organização familiar..., e aí ele percebe que vai ficar dependente, vai ter que depender dos cuidados da família, muitas vezes depender de boa vontade da família em querer cuidar dele..., então eu acho que isso aparece também nessas situações... e é onde*

*ele acaba se apegando um pouco mais, pra ter força pra encarar essa situação..., vou voltar pra casa e vou ser dependente... esses dois pontos eu já observei bastante...”*

E15

- **Quando o profissional busca conhecer como o paciente enfrenta a situação vivenciada**

*“Eu acho que costuma aparecer na hora que a gente tenta avaliar como que a pessoa... ela enfrenta a situação, que que ela utiliza pra enfrentar aquela situação, que aí aparece muito... aí.. aí... eu acredito muito em Deus, aí eu rezo... então vem muito nesse sentido do conforto, sabe, quando aparece, geralmente aparece aí..., ou nessas falas de revolta, como eu falei..., às vezes não vem tá... é..., tão identificada pelo paciente, como quando é o paciente..., eu acho que quando o paciente utiliza a fé..., como forma de enfrentar né, então eu acho que isso é mais claro pra ele, do que quando ele tá numa relação de revolta com..., com o que é transcendente sabe... aí fica mais... é..., mais escondidinho assim né..., precisa... a gente precisa auxiliar nessas interpretações pra que apareça essa relação aí, mas geralmente é quando o paciente vai falar da forma que ele utiliza pra enfrentar... aí aparece muito...”*

E17

Os participantes identificaram seis situações diferentes que favorecem a busca pelo cuidado espiritual: descoberta diagnóstica, início do tratamento, proximidade da morte, quando clinicamente piores (sentindo dor, por exemplo), em uma internação prolongada e quando recebem alta hospitalar em uma situação de dependência de cuidados. A última unidade, por sua vez, traz novamente o profissional de saúde como sujeito ativo na busca pela realização do cuidado espiritual, retratando que este pode surgir a partir do momento que o profissional busca conhecer como o indivíduo está enfrentando aquela determinada situação, independente de qual momento do tratamento e da internação esteja vivenciando.

Essa variedade de momentos em que os profissionais de saúde percebem uma maior busca pelo cuidado espiritual, demonstra, novamente, a

singularidade envolvida nessa questão. Tanto a percepção de busca pelo cuidado (do profissional de saúde) quanto a necessidade desse cuidado (do sujeito) são muito individuais. Estão relacionados a interpretações, a diferentes formas de enfrentamento e de vivências. Esse resultado valida a importância do tema espiritualidade fazer parte de todo o processo de cuidado, pois um sofrimento espiritual pode ser vivenciado em qualquer momento no decorrer do adoecimento. A espiritualidade pode influenciar o modo como o sujeito enfrenta o processo de adoecer e suas repercussões, bem como a maneira como atribui significados ao adoecimento e às intercorrências vivenciadas na trajetória de tratamento (BENITES et al., 2017). Além disso, de acordo com os sujeitos que necessitam de cuidados, a assistência espiritual promovida pelos profissionais de saúde é importante e necessária, porque os auxilia no processo de aceitação da doença (FREIRE et al., 2017).

No dia-a-dia de uma instituição de saúde, os profissionais assistem pessoas que se encontram em diversas fases do ciclo vital, como, em situações de fragilidade, de sofrimento, nas quais é natural que elas ou seus familiares recorram à espiritualidade, como meio de enfrentamento de situações difíceis e também na busca por respostas (DEZORZI & CROSSETTI, 2008).

Os resultados desse trabalho corroboram com alguns estudos. Enfermeiros descreveram sentimentos apresentados pelos sujeitos, tais como, angústia, sofrimento e medo e ressaltaram situações, como a de enfermidades graves e finitude da vida, como facilitadoras para a abordagem da espiritualidade em sua rotina de trabalho. Demonstraram que os momentos de fragilidade dos sujeitos são oportunidades nas quais se sentem seguros para abordar aspectos da espiritualidade (NASCIMENTO et al., 2013). Isso pode ser justificado por um estudo realizado com sujeitos em tratamento de câncer, onde afirmam que a busca pela espiritualidade está mais presente nos momentos em que eles se sentem mais fragilizados e com medo do futuro (FREIRE et al., 2017).

Intervenções espirituais como a escuta, a atenção e o auxílio na aceitação do momento vivenciado contribuíram para a promoção do conforto e para a diminuição da dor (PERES et al., 2007).

A experiência do adoecer pode se configurar como um acontecimento repleto de sentido, bem como um ganho existencial, pois, quando o homem encontra um sentido para seguir adiante, apesar dos obstáculos inerentes à vida, pode

transcender as dificuldades imediatas impostas pelas circunstâncias adversas. No caso da proximidade com o fim da vida, o ser humano defronta-se concretamente com a inevitabilidade da morte e com o fim de seu projeto existencial. A perspectiva do rompimento e da separação dos vínculos afetivos propicia vivências únicas e possivelmente diferenciadas de tudo o que já possa ter vivido até então. No entanto, até mesmo na morte o sentido da vida pode se satisfazer. Fé, espiritualidade e engajamento religioso auxiliam no processo de aceitação da morte nos momentos em que ela se evidencia como certa e inexorável. Vivências de transcendência, propiciadas pelo exercício da espiritualidade e da fé, promovem a busca de sentido e de ressignificação de diversos aspectos da vida humana, redimensionando valores e o próprio processo de morrer (MOREIRA & HOLANDA, 2010 ; BENITES et al., 2017). Buscar na espiritualidade sentido para a morte se torna comum também devido à grande diversidade de religiões que existe em nosso país. Todas as religiões pregam, de certa forma, a continuidade da vida: para os cristãos a morte conduz a alma ou o espírito para outra dimensão, ou ainda, junto de Deus; já a doutrina espírita, o budismo, o hinduísmo e o taoísmo consideram a possibilidade de reencarnar, ou seja, de o espírito retornar à terra a partir do nascimento de um novo ser. Independentemente da religião, esta é uma forma de atribuir sentido à morte, vendo-a, então, como continuidade da vida em outra dimensão (REZENDE et al., 2016 apud ARRIEIRA et al., 2017). Portanto, nas situações de proximidade da morte alguns benefícios podem ser alcançados pelas crenças espirituais, como o alívio do medo e das incertezas, o enfrentamento e o conforto emocional (GOBATTO & ARAÚJO, 2013 apud FREIRE et al., 2017).

Arrieira e outros colaboradores (2017) complementam essa temática trazendo que a confiança e a possibilidade de o sujeito contar com alguém que o escuta e o compreende sem julgamento, que considera importante todas as suas demandas e dores e que consegue fazer com que dê a tudo aquilo que expressa um significado para a sua existência, certamente contribui para que, uma vez tratadas suas demandas, essa pessoa consiga, com mais tranquilidade, aceitar a morte.

### **6.2.2.3 Subcategoria temática 3: Benefícios percebidos**

Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações sobre os benefícios percebidos pelos profissionais de saúde quando realizado o cuidado espiritual. Foram identificados 13 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Para o processo saúde-doença**

Essa unidade retrata os benefícios percebidos pelos profissionais relacionados ao processo saúde-doença, ou seja, benefícios na relação entre o sujeito de cuidados e sua rede de suporte com o adoecimento enfrentado. Envolve, portanto, as percepções acerca de favorecer a adesão ao tratamento, reduzir o tempo de internação e o próprio sofrimento vivenciado, propiciar conforto e auxiliar no enfrentamento do adoecimento, bem como na melhora e numa mudança de vida. Foram agrupadas 9 verbalizações.

*“[...] e eu percebo quando eu consigo trabalhar isso com o paciente, você ganha uma confiança mais, você consegue trabalhar mecanismos em que o paciente consegue ter mais fé, mais esperança, mais... mais... é..., consegue a adesão ao tratamento, principalmente os pacientes com HIV, então nossa principal dificuldade é a adesão à terapia antiviral né, são pacientes que, não todos, mas a grande maioria, ainda mais quando a gente fala em SUS, usuário de alguma droga ilícita, que tem uma condição familiar às vezes desfavorável, não tem um suporte familiar [...]”*

E5

*“[...] resulta numa melhora, ã..., no tratamento, na adesão né, no final de tudo que o paciente tá passando, então..., ã..., acredito que isso é um fator que ajuda o paciente a diminuir, ....ã, o tempo de internação, diminuir o sofrimento de tratamento [...] porque o paciente tem que acreditar em algo, ...ã, que ele vai melhorar né e não só no profissional de saúde, ele num, se a gente ficar muito preso na medicação, no tratamento e não mostrar pra ele que há algo por trás disso, o paciente pode ir se perdendo nesse meio, então eu sempre busco falar com o paciente sobre isso, sobre fé, sobre a espiritualidade no tratamento, ...ã, e o que eu vejo é que tem um bom resultado, aqueles pacientes que, é, não se abrem pra essa conversa o tratamento é mais*

*prolongado, a adesão é menos, ...ã, fica mais difícil conduzir ele sem, sem essa abertura”*

E22

*“[...] então é muito importante pra gente saber dessa parte também de espiritualidade, até mesmo pra saber também como que eles entendem a doença deles, tem pessoa que dependendo da religião entende como um castigo, ou tem pessoas que fala... não..., por mais que não tenha esperança, se apega na fé, que vai ficar bem, por um determinado diagnóstico, consegue enfrentar melhor, então a gente tem que trabalhar [...]”*

E16

*“Olha eu percebo diferença na maneira como os pacientes veem a própria doença [...] parece que eles toleram melhor o fardo da doença né... [...]”*

E23

*“Eu acho que faz muita diferença..., até mesmo se ele quiser mudar de vida, se for um paciente que é viciado..., é..., quantas vezes a gente já viu..., de gente que chega aqui... não, agora eu quero mudar, eu quero me cuidar..., pessoas que às vezes tem problemas de relacionamento na família, conseguem ficar melhor, voltar a uma determinada relação... eu acho que a parte espiritual tem tudo a ver com isso..., é o bem estar da pessoa... [...]”*

E16

*“Ah..., eu percebo que há benefício, porque é um conforto pros pacientes né..., principalmente pros que ficam muito sozinhos, sem família, sem acompanhantes..., ou aqueles que a família pode vir só no final do dia, pode ficar muito pouco tempo [...] eu acho que isso tem..., tá tendo algum resultado sim com eles..., nem que seja um resultado imediato de não ter tanta ansiedade pela cura..., muitos casos já aconteceram do paciente saber que sua doença não tinha cura, mas poderia ficar estável e ele ter esse conforto.”*

E15

- **Para a relação profissional da saúde-sujeito dos cuidados**

Essa unidade traz os benefícios percebidos pelos profissionais na relação destes com os sujeitos de cuidados. Envolve percepções relacionadas ao fortalecimento do vínculo, à maior facilidade de abordar a morte e trabalhar a corresponsabilidade do sujeito, ou seja, garantindo a oferta de um cuidado melhor. Foram agrupadas 2 verbalizações.

*“[...] eu acho que... é..., você acaba oferecendo um melhor cuidado, né..., quando você pensa na espiritualidade né...[...]”*

E25

*“Então vai abrindo a cabeça da gente né..., a gente vê que a gente tem limitações e que a gente tá pra tentar ajudar o paciente no que a gente consegue, mas a espiritualidade é importante, pra puxar do paciente que a responsabilidade da cura, da melhora, muitas vezes vem dele e que a gente é só um instrumento... é diferente assim... tem situações e situações, aqui a gente fala em doenças crônicas, é diferente... [...] eu acredito que o apoio espiritual pro paciente a gente consegue, além de fortalecer o vínculo profissional-paciente, a gente consegue... é..., abordar a morte de uma maneira muito mais tranquila.”*

E5

- **Para o papel do profissional da saúde**

Essa unidade retrata os benefícios percebidos pelos profissionais da saúde em relação à sua própria atuação, ou seja, o quanto abordar a espiritualidade do sujeito lhe traz uma gratificação pessoal e impede o que foi denominado de “sensação de falência profissional”. Foram agrupadas 2 verbalizações.

*“Extremamente importante..., é algo muito importante, que modifica muito, tanto pro paciente, quanto pra mim, profissional, me faz sentir... é..., sem isso, sem buscar essa espiritualidade, não seria tão gratificante né, a minha atuação... [...] porque é algo que traz sentido né, você falar sobre isso vai te edificando..., e te trazendo muitas coisas boas, é isso que eu sinto..., e eu vejo que isso... é..., os pacientes gostam de alguém que fale sobre isso né...,*

*que escutem eles e possa né, ouvir a história, os problemas, você assim...,  
ã... conhecer algo relevante e você se sente com isso é... realizado..., no meu  
caso eu me sinto realizada de poder trabalhar a espiritualidade hoje com... de  
forma correta né..., eu acho que isso você..., você só tem a ganhar né..., que  
você percebe o bem que você faz e isso edifica, é gratificante...”*

E25

*“[...] você enxerga que a morte ela faz parte do ciclo da vida né, a morte não é  
o fim, então com a espiritualidade... é..., abordando isso com os pacientes  
que ainda é um paradigma né, você consegue como profissional da área da  
saúde não ter a sensação de falência, de não conseguir fazer, mas você  
consegue fortalecer essa relação com o paciente, que é aquilo que você  
disse, você tem a sensação de que conseguiu fazer tudo aquilo que você  
poderia ter feito né.”*

E5

Os participantes identificaram importantes benefícios decorrentes da abordagem da dimensão espiritual no cuidado em saúde. Benefícios estes que ultrapassam a questão do adoecimento em si, invadindo também a relação terapêutica entre o profissional e o sujeito, bem como a própria atuação do trabalhador. Isso nos faz concluir que a espiritualidade traz benefícios para todos os envolvidos no processo de cuidado, desde os sujeitos e sua rede de suporte, trabalhadores e até mesmo a própria instituição de saúde, uma vez que foi apontada a percepção de redução do tempo de internação como um benefício decorrente dessa abordagem.

Esses resultados corroboram com vários estudos que apontam para a grande variedade de benefícios relacionados à espiritualidade para indivíduos que enfrentam adoecimentos de diferentes etiologias.

A existência de um ambiente terapêutico que reforça as crenças espirituais pode melhorar significativamente a saúde de qualquer pessoa que frequente este local, contribuindo para uma atitude positiva em relação à vida. Além disso, o simples fato do profissional demonstrar preocupação com o aspecto espiritual do sujeito pode melhorar a relação terapêutica entre eles e,

consequentemente, o impacto das intervenções realizadas (PERES et al., 2007; SODHI; MANJU, 2013 apud FRADELOS et al., 2015).

Um estudo que buscou compreender o sentido da espiritualidade para indivíduos atendidos em domicílio, resultou em três percepções da espiritualidade. A primeira se refere ao alívio do sofrimento, tanto para os sujeitos quanto para os seus familiares, uma vez que propiciou o suporte através da fé, da oração, da confiança em algo superior, dando-lhes força para o enfrentamento e atribuindo sentido à vida com avaliação de melhora dos sintomas. A segunda se relaciona à compreensão da naturalidade da morte, onde a percebem como inevitável a todos os seres vivos, porém vista com tranquilidade, como um processo que faz parte da vida. Na terceira e última percepção ressalta-se o sentido de valorização para o tempo de vida que resta, demonstração de gratidão por cada dia a mais, confiança e entrega à Deus (ARRIEIRA et al., 2017).

A abordagem dessa dimensão no cuidado em saúde influencia no bem estar e na capacidade de enfrentamento dos sujeitos e de seus familiares diante de doenças graves e do sofrimento; podendo se constituir em um recurso que favorece a tranquilidade emocional e traz esperança ao sujeito (GUERRERO et. al., 2011 apud ROSSATO et al., 2012). Outros autores também relatam benefícios para os indivíduos e suas famílias, destacando maior aceitação do adoecimento, tranquilidade, paz, otimismo, segurança, superação, esperança de cura, força e maior perseverança no tratamento (BOUSSO et al., 2010; SALMON et al., 2010 apud NASCIMENTO et al., 2013).

Newshan (1998) traz o papel da espiritualidade para sujeitos que estão vivenciando câncer, HIV e dor crônica, relatando a interferência dessa dimensão nos domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos (apud PERES et al., 2007).

De acordo com Mental Health Foundation (2006), a espiritualidade pode incentivar o empoderamento pessoal; promover emoções como esperança, perdão e propósito; fornecer aos indivíduos uma rede de apoio social que promova e sustente o bem-estar emocional e psicológico; além de afetar o estilo de vida de tal forma que uma pessoa pode adotar ou rejeitar alguns comportamentos relacionados positiva ou negativamente com a saúde (apud FRADELOS et al., 2015).

Integrar aspectos da espiritualidade no processo de cuidado também traz benefícios que atingem o setor econômico, uma vez que a prática espiritual é

isenta de custos e resulta em menos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos (HUDSON, 1996 apud PERES et al., 2007).

Os benefícios mútuos, ou seja, aqueles relacionados tanto para o próprio profissional quanto para o sujeito, foram valorizados pelos profissionais de um hospital-escola estadual. Para eles, mesmo que alguma ação ou pensamento relacionado à espiritualidade seja direcionado somente para o sujeito, ao final, ambos recaem sobre eles próprios, nutrindo-os em suas necessidades de também serem confortados (NASCIMENTO et al., 2013). Neste sentido, em pesquisa recente numa instituição hospitalar, verificou-se que, quanto à influência da religiosidade/espiritualidade na prática clínica dos profissionais que atuam numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os resultados mostram que 77,4% destes profissionais informou que a sua religiosidade/espiritualidade influencia intensamente no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o sujeito, além de modificar sua maneira de cuidar destes indivíduos (75,5%). Do mesmo modo, também se pode perceber que quanto mais espiritualizados os profissionais, maior é o reconhecimento da influência desta dimensão no entendimento do processo saúde-doença, na relação profissional-sujeito e na maneira de cuidar (LONGUINIÈRE et al., 2018).

Esses benefícios mútuos podem ocorrer devido à interferência do ambiente de trabalho na saúde emocional dos profissionais. Vivências ocasionadas por um processo de adoecimento atingem não só o sujeito, mas a sua família e o restante de seu contexto socioafetivo, incluindo os profissionais com os quais o indivíduo interage no serviço. Estes últimos podem vivenciar sentimentos de intensa frustração, relacionados, por exemplo, à reincidência de fracassos terapêuticos ou mesmo pela perda por morte (MACIEL, 2010 apud NEGROMONTE; ARAUJO, 2011).

O último relato da última unidade de significado (E5) exemplifica bem esse benefício, trazendo a questão da morte e da *sensação de falência* do profissional. Ainda no campo da saúde a morte é vista como um tabu, um tema interdito e sinônimo de um fracasso profissional (ARRIEIRA, 2009), como se o trabalhador pudesse ter feito “algo a mais” para impedir a morte do sujeito de cuidados que não fez.

Por ainda ser temida, o medo e a negação em torno da morte continuam existindo.

*“A função do imaginário é erguer uma barreira contra a finitude, o tempo e a morte. Isso se explica do ponto de vista psiquiátrico pelo fato do nosso inconsciente não conseguir imaginar a própria morte e se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna que se encontra fora do nosso alcance” (KUBLER-ROSS, 2000, p.6).*

Pensando que nossa formação como profissionais integrantes de uma equipe de saúde tem se dado no sentido de estarmos preparados essencialmente para a promoção e preservação da vida; esse contexto contribui para entendermos a morte como algo contrário e não como parte intrínseca da vida; o que pode justificar o porquê a morte é muitas vezes associada a uma falência profissional (ARRIEIRA, 2009).

#### **6.2.2.4 Subcategoria temática 4: Situações difíceis**

Essa subcategoria traz as situações que os profissionais de saúde elencaram como as mais difíceis para a realização do cuidado espiritual. Foram identificados 7 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Quando os conceitos de espiritualidade são diferentes**

Nessa unidade os participantes trazem a dificuldade envolvida em prestar o cuidado espiritual aos sujeitos que possuem um conceito de espiritualidade diferente do seu. Foram agrupadas 6 verbalizações.

*“[...] mas assim, tem pessoas que você percebe que não quer saber de falar de Deus, fala... tipo assim, fala pra ela, ai confia em Deus que você vai ver só..., não, ela não quer saber..., ela não quer saber de nada... não quer que você fale nem de santo nada, quem... não tem isso não viu..., então a gente fica bem de boa..., procura tratar bem né..., cuidar bem e ponto né... [...]”*

E12

*“Eu não falo nada de religião com paciente, mas eu sempre falo..., pede pra Deus, tem uns que até ignoram, não gostam, aí eu fico na minha né..., na hora que*

*que eu saio do quarto..., fica com Deus, dorme com Deus, tem uns que gostam, eles se sentem bem..., tem uns que se sentem bem quando toca no nome de Deus, tem uns que já não gosta, quando eu vejo que tem um paciente que não gosta, eu já nem falo mais [...]*

E 21

*“[...] eu que não tenho religião, às vezes eu acho que até mais fácil pra mim do que pra quem tem, fazer esse, esse link aí né, quando as pessoas tem religiões muito diferentes eu acho que é todo uma barreira do profissional pra deixar o dele pra trás pra, não sei, de repente é uma coisa a menos que eu tenha que me preocupar, por não ter religião, mas a empatia é importante pra não atropelar mesmo né, às vezes a pessoa por mal [...]*

E24

*“[...] a espiritualidade você não pode impor a tua concepção pro paciente né, então eu acho... a contrarreferência e... é..., existe a referência assim, e vai existir, mas você tem que buscar no..., pensar na sua..., esperar o indivíduo..., esperar o paciente trazer aquilo que ele acredita, pra fazer realmente ele falar sobre aquilo e não você impor né..., é..., então assim..., eu acho que você ouvindo a história do outro, conhecendo aquele trajeto, conhecendo as demandas isso é muito enriquecedor [...]*

E25

As duas últimas falas dialogam com as primeiras: Por que realizar o cuidado espiritual de indivíduos com a concepção de espiritualidade diferente da minha é difícil? As duas últimas falas respondem isso. Uma das dificuldades está em separar o que é meu daquilo que é do outro; está em perceber que a espiritualidade é um caminho individual, que não pode ser ensinado ou copiado; como já bem explicado em fala anterior ao longo desse estudo. Portanto, o fato da minha espiritualidade ser representada por Deus, pela imagem de um ser superior, por exemplo, não significa que a espiritualidade do outro também seja representada da mesma forma. A outra dificuldade se relaciona ao fato de compreender que não existe um único caminho ou uma única concepção de espiritualidade, nem uma que

seja melhor que a outra e muito menos que a forma como eu entendo a minha dimensão espiritual seja a correta. E essas questões ficam muito claras quando o Entrevistado 24 afirma que para ele o fato de não possuir nenhuma religião pode tornar essa separação mais fácil. Importante destacar que das seis verbalizações colhidas, cinco foram trazidas por profissionais que relatam ter uma religião.

Separar a espiritualidade individual da do outro envolve, em primeiro lugar, ter bem definida qual é a minha; em segundo lugar, um maior estudo sobre o tema e, por último, engloba uma disponibilidade em conhecer o outro; em descobrir quais são as suas vontades, desejos, crenças, o seu sentido de vida.

Vasconcelos (2011, p.72) traz uma importante reflexão a esse respeito:

*“No atendimento individual, no acompanhamento familiar e no trabalho comunitário, a relação que se abre para as dimensões espirituais tem-se tornado progressivamente mais complexa com a intensa diversificação religiosa que vem acontecendo no Brasil. [...] Torna-se fundamental o estudo das diversas formas de vivência religiosa e, com ajuda da ciência das religiões, perceber os elementos comuns existentes entre elas, apesar da grande diferença de expressão, evitando, assim, os usuais preconceitos e intolerâncias entre seguidores de diferentes tradições religiosas. Desse modo, é possível apoiar o paciente utilizando uma linguagem compreensível para o seu próprio código religioso e a partir dos seus valores. Talvez este lidar com a atual diversidade dos caminhos da espiritualidade seja a maior dificuldade para a abertura a essa dimensão no trabalho em saúde”.*

Em estudo semelhante, profissionais relataram a dificuldade de confrontar suas crenças e seus valores com os do sujeito, apontando o reconhecimento de concepções diferentes e a tentativa por não influenciá-lo no momento da abordagem (NASCIMENTO et al., 2013).

Salgado (2007) relata que por ser esta uma questão ainda polêmica no âmbito da ciência, e, conseqüentemente, da saúde, os profissionais apresentam uma postura reservada e insegura diante da abordagem dessa dimensão (apud GUSSI, DYTZ, 2008). Neste sentido, essa falta de compreensão sobre a espiritualidade e o medo do confronto das próprias ideias com as do outro podem ser considerados como uma das dificuldades de introdução desse tema nos currículos de graduação e na prática profissional (DEZORZI, CROSSETTI, 2008).

Dessa forma, pode-se concluir que o sucesso da aplicabilidade dos conceitos de espiritualidade na prática clínica do profissional está diretamente vinculado à construção do conhecimento que fundamenta o cuidado, por meio do

desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema e de habilidades para abordagem do sujeito nos diversos cenários do exercício profissional. Assim, fica evidente a necessidade de repensarmos a formação em saúde, em busca de preencher as lacunas do conhecimento nessa área. (NASCIMENTO et al., 2013).

- **Quando a espiritualidade do sujeito entra em confronto com a prática profissional**

Essa unidade traz a dificuldade envolvida em prestar o cuidado espiritual aos sujeitos que possuem um conceito de espiritualidade que interfere diretamente na prática profissional.

*“[...]nunca aconteceu comigo, mas se acontecesse, por exemplo, numa situação em que eu fosse o profissional, estivesse trabalhando com pacientes Testemunhas de Jeová, e tivesse alguma restrição de transfusão, por exemplo, acho que eu iria olhar isso de maneira muito reativa, eu não ia tolerar muito bem isso..., entende..., assim como eu não tolero alguns dogmas da própria Igreja Católica como eu falei pra você, mas nunca aconteceu...”*

E23

Em estudo semelhante, alguns valores ligados à religiosidade foram interpretados pelos profissionais como potencialmente capazes de trazer danos para os próprios sujeitos quando interferem no plano terapêutico, como, por exemplo, a religião Testemunha de Jeová. O estudo ainda destaca que, na prática, geralmente não se considera a religião do sujeito para o planejamento de seu cuidado; contribuindo para que a espiritualidade do indivíduo seja olhada apenas nos momentos em que não interfere diretamente no seu plano terapêutico. (NASCIMENTO et al., 2013).

Muitos dogmas religiosos impõem limitações nos cuidados em saúde. E como fazer para conciliar esses dois aspectos tão importantes para os pacientes: o tratamento e a espiritualidade?

Incluir a dimensão espiritual do sujeito e de sua rede de suporte desde o início do planejamento dos cuidados pode ser um bom caminho. A construção em conjunto do projeto terapêutico, tendo como base um atendimento integral e

humanizado àquele que adoece favorece o diálogo e a oferta de um cuidado de qualidade. Permitir que o indivíduo, bem como sua rede de suporte, participe sempre que possível dessa construção é contribuir para o seu protagonismo e sua autonomia; é considerá-lo em sua singularidade, com histórias, percepções, valores e crenças particulares; princípios tão bem explicados e fomentados pela PNH vistos anteriormente (BRASIL, 2009). No entanto, acredito que esta reflexão exija uma maturidade que a ciência ainda não tem. Apesar do crescente avanço dos estudos acerca da dimensão espiritual no cuidado em saúde, ainda não temos bases sólidas para tratar uma questão tão delicada dessas, que envolve instituições, dogmas e rituais religiosos específicos. Isso reforça ainda mais a importância de estudos e capacitações nesse sentido.

Importante ressaltar que, no caso específico da religião Testemunha de Jeová, já existe o conhecimento acerca de procedimentos alternativos àqueles que se utilizam do sangue e técnicas diferenciadas em procedimentos cirúrgicos.

### **6.2.2.5 Subcategoria temática 5: Fatores que dificultam**

Nessa subcategoria os profissionais elencam os fatores que dificultam a realização do cuidado espiritual aos sujeitos internados. Foram identificados 15 verbalizações dispostos em 2 unidades de significado.

- **Desconhecimento ou pouco conhecimento do profissional sobre o tema**

Nessa unidade foram agrupadas 11 verbalizações.

*“Ah, eu acho que é um tema importante, e eu acho que deveria ter mais trabalho em cima desse tema, principalmente em enfermarias... como né..., de moléstias infectocontagiosas, onde tem descoberta diagnóstica, muitas doenças crônicas, muitas vezes internações prolongadas... que eu acho que tem que ter sim esse cuidado, não sei se... não sinto que todos os profissionais são preparados pra isso, e muitas vezes eu sinto que há uma... ah... uma mistura, vamos dizer assim, de entendimentos entre espiritualidade, religiosidade, e muitos acabam levando a sua religião para o paciente e isso eu acho que é até por falta de conhecimento, não por querer fazer..., então eu*

*acho que falta bastante orientação, treinamento com a equipe de modo geral no hospital..., e que eu me incluo também, porque muitas vezes não sei como lidar, como fazer...”*

E8

*“Eu acho um tema muito importante, principalmente pra nós de hospital e que deve ser mais trabalhado entre os profissionais..., porque por muitos motivos falta a pessoa enxergar a espiritualidade como ela realmente é..., eu sei como é?... talvez não... talvez nenhum de nós saibamos como ela é realmente, mas que seja um tema mais falado, por que às vezes você fica muito ali concentrado na parte mecânica dos cuidados e esquece... é triste...[...]”*

E13

*‘É..., eu não tenho muita base assim..., vamos falar... eu nunca estudei, nunca soube..., eu não sei nem se o jeito que eu faço é o melhor jeito, é o jeito certo...[...]’*

E16

*“É..., eu realizava é..., só perguntando a religião (risos), era essa minha abordagem..., acho que infelizmente eu não tive nada disso na faculdade, é..., eu aprendi que a espiritualidade, seria realmente a religião..., é saber as crenças pra chamar a..., um padre, um pastor, essa era a importância né..., de espiritualidade anteriormente...”*

E25

*“[...] eu vejo que existe uma dificuldade de... dos alunos, dos residentes..., os alunos mais jovens né..., de trabalharem com isso...[...] eu acho que sim, em partes sim, parte... da falta da inserção disso em algum momento da formação né...”*

E23

*“[...] a gente na faculdade, a gente não tem esse tipo de abordagem, tem a disciplina de psicologia, tem..., mas não aborda isso, então é até o desafio do*

*paradigma médico hoje né... até a dificuldade que a gente tem, relação profissional-paciente, a partir do momento que se mercantilizou a medicina né, você tem lá, relação profissional-paciente como se fosse uma relação de consumidor e de produto, então é muito difícil você... é..., conseguir lidar com isso..., principalmente quando chega a morte, porque a gente tem a sensação que a gente falhou, que a gente não conseguiu atingir o nosso objetivo, a morte como um grande tabu né..., então você ia..., a faculdade de medicina ainda forma gente como assim..., o médico... o profissional que salva vidas, que tem a onipotência e na verdade não tem [...]*

E5

*“A gente vê tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo, tanta morte acontecendo, tanto sofrimento que eu acho que pra..., pra moldar o profissional, não que tenha que separar, mas eu acredito que se a gente ficar, é, muito ligado na espiritualidade naquele momento a parte teórica pode passar um pouco e a gente não conseguir consolidar né, no meu caso foi assim, então teve momentos, de eu..., de passar pela faculdade e ficar pouco, é, não ríspido, mas um pouco, é, não empático a algumas situações que agora eu vejo e volto e falo, puxa como eu consegui ficar assim durante esse tempo e agora ser totalmente diferente, mas eu vejo que são situações diferentes, eu precisava passar por aquilo né e agora eu vejo pra poder usar a parte, é, conceitual, a parte técnica junto com a espiritual agora né, e agora eu vou ter muito mais tempo pra conduzir essa parte espiritual do que eu tinha pra consolidar a parte teórica naquele momento.”*

E22

Essas duas últimas falas se referem exclusivamente ao período de graduação, trazendo olhares diferentes sobre a ausência de discussões sobre o tema espiritualidade nessa fase de formação profissional.

A primeira traz o lado negativo dessa ausência de estudo sobre o tema, ressurgindo novamente a questão do lidar com a morte e da falência profissional diante da mesma, pois, de acordo com esse participante, as faculdades de medicina, em especial, associam ao médico, durante a sua formação, características equivocadas de onipresença e “salvadores de vidas”, o que, ainda de acordo com o

participante, contribui para essa sensação de falência profissional, essa sensação de que não conseguiu atingir seus objetivos quando um paciente que estava sob os seus cuidados morre.

A segunda fala, por sua vez, traz o lado positivo da ausência de estudo sobre o tema durante a graduação. Relata que este é um período de aprendizado da teoria e que, portanto, esta questão é que deve ser o foco do aprendizado. A espiritualidade pode ser trabalhada no momento da atuação desse profissional já formado, uma vez que o mesmo terá o tempo suficiente para incluí-la nos cuidados.

Deixo então algumas reflexões prévias à discussão desses aspectos: Será esse distanciamento da questão espiritual uma forma de proteção diante das vivências ruins (como a morte) no período de formação? O fato de ofertar o cuidado espiritual somente após a formação não me faz restringir esse tipo de cuidado aos sujeitos que atendi durante a graduação? A espiritualidade não consiste também em um aspecto do cuidado e, por sua vez, parte integrante da teoria que deve ser aprendida na graduação?

- **A rotina hospitalar e o Perfil biopsicossocial dos sujeitos internados nessa enfermaria**

Essa unidade traz a própria rotina no ambiente hospitalar e o perfil biopsicossocial dos sujeitos internados na enfermaria MI como fatores que dificultam a realização do cuidado espiritual. Englobam 4 verbalizações.

*“[...] às vezes o sistema não deixa que você fique tanto tempo num quarto, você viu ali mais ou menos a nossa rotina, por mais que você entre, se o paciente começa a querer conversar demais, você não consegue, você não consegue, quando eu fiz faculdade..., eu achei... eu imaginava uma coisa mais a beira leito ali..., mais assistencial... ã... aqui a realidade é mais burocrática [...] mas o pouco que a gente tem..., você tem que entender que a pessoa está numa situação fragilizada e que você tá ali, em pé do lado dela né... você tem que mostrar o seu melhor pra que ela se sinta confortável, porque é desesperador ficar num lugar, longe da família, isolado, e não ter confiança em quem tá cuidando de você [...]”*

*“É que geralmente os pacientes daqui eles são..., como eu posso falar... são os pacientes mais rebeldes né, ã..., que nem vamos supor, os pacientes que ficam isolados com tuberculose mesmo, eles dão muito trabalho, mas porque..., geralmente eles são moradores de rua, eles não tem lenço nem documento como diz né..., eles não tem casa, tem uma família desestruturada espiritualmente, em tudo..., tem todo azar na vida né..., então... [...] dificulta, então a gente tem que estar em comunhão com Deus, não tem outra..., não tem outra solução... e às vezes também, os colegas, os outros funcionários, às vezes com algum problema traz também que não tá bem..., então vira tudo né...”*

E11

Pode-se perceber que as falas trazidas pelos profissionais enfatizam a ausência ou a falta de conhecimento sobre o tema espiritualidade tanto ao longo do período de graduação, como também no momento atual, relatando a inexistência de discussões sobre espiritualidade no cuidado em saúde. Essa falta de conhecimento dialoga diretamente com a dificuldade em realizar o cuidado espiritual aos pacientes cuja concepção de espiritualidade é diferente da concepção adotada pelo profissional de saúde, apontada neste estudo, na subcategoria anterior.

De acordo com Manchola e outros colaboradores (2016), no mundo acadêmico e profissional, ainda existe certa ignorância e negação da natureza complexa da espiritualidade e de seu papel na vida das pessoas. Os profissionais da saúde ainda não recebem formação sobre o tema espiritualidade na quantidade e profundidade que ele requer, o que gera preocupação, pois os currículos dessa área apontam pouco espaço de tempo e conteúdo para tal discussão (SÁ, 2009).

O desconhecimento generalizado da importância da espiritualidade na formação e atuação dos seres humanos não apenas na esfera da saúde, como também da política e da cidadania, tem produzido uma aproximação reducionista, alijada de sua própria natureza e, portanto, inapropriada para a abordagem de sua complexidade (MANCHOLA et al., 2016). Neste sentido, Campos e Amaral (2007) trazem os obstáculos políticos, estruturais e culturais existentes como fatores que contribuem para a não realização de uma clínica singular e compartilhada. O excesso de demanda, principalmente nos sistemas públicos, e a multiplicidade de empregos dos profissionais da saúde, em especial, médicos e enfermeiros, favorecem formas de contratação como plantonistas, gerando uma inserção vertical

desses profissionais no serviço. Como consequência, em enfermarias e ambulatórios predomina um regime de trabalho semelhante ao do pronto-socorro, onde uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo sujeito durante todo o processo de cuidado. Cresce ainda mais a fragmentação do processo terapêutico, a especialização e a multiplicação de profissões em saúde, tendência que vem aumentando o número de trabalhadores que intervêm em um mesmo caso.

Peres e outros colaboradores (2007) destacam o impacto dessa ausência de conhecimento no campo da saúde, citando um estudo que aponta que muitos médicos dizem se sentirem desconfortáveis para falar sobre assuntos religiosos ou que não têm tempo para lidar com isso. Outros não consideram os assuntos espirituais como parte de seus trabalhos e não entendem por que deveriam ser, não sabem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem no processo de cuidado (MARR et al., 2007). Tais considerações vão ao encontro de outros estudos que concluem que a crise da saúde é uma clara resposta ao desconhecimento dos profissionais acerca da espiritualidade dos sujeitos (LONG, 2010 apud MANCHOLA et al. 2016).

*“Observar-se, enquanto cuida do outro, conduz para o autoconhecimento, em que se percebe que, ao descuidar-se de si mesmo, também se pode descuidar do outro. É preciso estar consciente de si para buscar na espiritualidade o equilíbrio para a vida, incluindo o trabalho”* (DEZORZI & CROSSETTI, 2008, p.5). Dessa maneira, compreende-se que a espiritualidade é também uma forma de autoconhecimento (DEZORZI & CROSSETTI, 2008). Arrieira (2009) destaca a necessidade dos profissionais de saúde vivenciarem o desenvolvimento da própria espiritualidade, pois, desta forma, poderão desenvolver melhor sua sensibilidade e compreensão para lidar com os problemas que fazem parte da vida do próximo. Para tanto, destaca ainda a necessidade de que as academias priorizem a temática da espiritualidade em seus currículos, permitindo ao futuro profissional adquirir uma maior amplitude de conhecimentos com vistas a melhor se preparar para a prática cotidiana do cuidar. Sendo assim, é provável que o profissional da saúde que desenvolve atitude positiva em relação à sua espiritualidade consiga propiciar a inclusão dessa dimensão no cuidado durante a internação, pois se torna mais sensível quanto à espiritualidade do sujeito e de sua família (NARAYANASAMY, 1999 apud DEZORZI & CROSSETTI, 2008).

Portanto, um cuidado que envolve a dimensão espiritual é um incentivo para a vida e necessita ser oferecido por pessoas preparadas, baseando-se no pressuposto de que tanto o profissional quanto o sujeito e sua rede de suporte precisam receber cuidados que englobem as dimensões física, emocional, intelectual, profissional, social, cultural e espiritual (GUSSI & DYTZ, 2008).

#### **6.2.2.6 Subcategoria temática 6: Motivos que mobilizaram a busca pelo conhecimento do tema**

Nessa subcategoria os profissionais de saúde relatam os motivos que os mobilizaram na busca pelo conhecimento ou aprofundamento da temática espiritualidade. Foram identificados 2 verbalizações dispostas em 2 unidades de significado.

- **Pela dor, pelo contato com a morte, pela desumanização do atendimento em saúde**

*“[...] a partir do momento que vai surgindo as questões de morte, as questões difíceis da relação dia-a-dia [...] e aí isso ia gerando uma... uma... uma angústia muito grande, então foi aí que eu comecei a me envolver mais, comecei a estudar mais e saber... a não é possível né, que você pega uma transmissão vertical, crianças com HIV, mães que perdem filhos com HIV, crianças que assim, não tem por que?, então aí você vai estudar e a gente vai criando uma linha de raciocínio, então foi principalmente pela dor, o contato com a morte, a questão da desumanização do atendimento que me levou a ter um caminho mais espiritualizado no atendimento né..., então principalmente nas..., nas... questões de pacientes com... com..., ah..., terminalidade, com as doenças crônicas que sabe que a gente tem que oferecer o conforto eu acabo oferecendo esse apoio... não digo espiritual, mas assim... pelo menos uma referência, ser ali pelo menos uma referência pro paciente que tô ali do lado dele, não vou também ali..., conseguir curá-lo, mas vou dar todo o suporte que ele precisa pra ele se sentir bem né..., e isso vem muito... é muito legal, que a gente vem de uma formação do conceito da*

*saúde é a ausência de doença e hoje a gente sabe que não né, é o bem estar físico, psíquico, espiritual, né..., é uma coisa muito mais abrangente né... [...]*

E5

- **Pela percepção de que os sujeitos traziam a temática para os atendimentos**

*“É... eu comecei a me atentar mais pra isso, a partir do momento que eu percebi que não era raro os pacientes colocarem isso às vezes né..., ‘ah..., então o que você acha, além do tratamento... dá pra ter fé né, que vai melhorar?’ [...] então isso começou a tomar certa frequência, que eu comecei a prestar mais atenção nisso, e toda vez que eu era abordado dessa forma, eu procurava retribuir positivamente, já que eu tenho espiritualidade.”*

E23

Ao longo das entrevistas, alguns profissionais relataram a buscar pelo estudo da espiritualidade em algum momento de sua atuação profissional. Nessa subcategoria foram agrupadas as verbalizações dos profissionais de saúde sobre os motivos que os levaram a buscar tal aprofundamento.

Esses dados vão ao encontro do movimento percebido na área da saúde nos últimos anos: a busca por um olhar integral e o exercício de uma clínica ampliada com a consequente melhoria na qualidade do atendimento prestado.

*“Na prática cotidiana de cuidar, quer seja na consulta, no grupo ou no domicílio, muitas vezes os profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença. Nesse momento, o sofrimento claramente extrapola a relação orgânica e para que possamos realmente ajudar torna-se necessário colocarmos em ação o nosso lado humanitário” (SMEKE, 2006, p. 298 apud ARRIEIRA, 2009).*

Essa última subcategoria amarra as discussões realizadas até o momento. Traz a questão do quanto a vivência do sujeito em condições de cuidado influencia diretamente o profissional da saúde, contribuindo inclusive para que este repense valores e crenças. A espiritualidade é também um processo de autoconhecimento (DEZORZI & CROSSETTI, 2008). Evoca o tabu da morte, trazendo questionamentos sobre o porquê de tantas doenças, de tanto sofrimento, de tantos insucessos no tratamento e a percepção de que a dimensão espiritual está

cada vez mais presente na fala dos sujeitos de cuidado, bem como nas demandas trazidas durante os atendimentos em saúde. Um estudo realizado com profissionais da saúde dentro de um ambiente hospitalar mostrou que o cenário de atuação pode, pelas características do trabalho com pacientes em estado crítico e suas famílias, pelo uso da tecnologia e pelas relações humanas, ser fator de tensão que se soma aos problemas do cotidiano extra-hospital gerando desequilíbrio e, possivelmente, adoecimento por estresse. Os profissionais também trouxeram a importância da espiritualidade frente à morte do sujeito em cuidados, a fim de buscar significados para as questões existenciais que permeavam o cotidiano hospitalar (DEZORZI & CROSSETTI, 2008).

E o que nós, profissionais da saúde, estamos fazendo com essa percepção? Estamos utilizando a nossa dimensão espiritual como um recurso favorável ao enfrentamento das questões que envolvem o nosso trabalho ou estamos adoecendo em decorrência delas?

Frente à relevância da dimensão espiritual no processo de adoecer faz-se necessário que o profissional da saúde busque também compreender os significados da espiritualidade para familiares, cuidadores e profissionais envolvidos no cuidado. Tais conhecimentos contribuem para o exercício de práticas de humanização e atenção integral aos sujeitos hospitalizados (BENITES et al., 2017).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É crescente a quantidade de estudos que mostram a relação entre espiritualidade com qualidade de vida e saúde, trazendo a importância dessa dimensão no processo de cura e/ou reabilitação de doenças, incluindo as crônicas (BENITES et al., 2017). O profissional da saúde é o indivíduo responsável por realizar o cuidado daqueles que adoecem sendo, portanto, o protagonista na inclusão da dimensão espiritual nesse campo, o que o torna, conseqüentemente, o foco desta pesquisa.

Este estudo mostrou que os profissionais da saúde entrevistados apresentam uma concepção de espiritualidade mais relacionada à Deus, a um ser superior, a uma conexão com o transcendente e que relacionam a formação desse conceito com a criação que obtiveram dos pais, na maioria das vezes, associado ao contato com uma ou mais religiões entre os familiares. Reconhecem a importância

da sua dimensão espiritual como um recurso que oferta conforto, segurança, aceitação para momentos vivenciados, auxílio na concretização dos objetivos e na formação do caráter.

Em relação ao cuidado espiritual, a maioria diz realizar através da fala sobre Deus e de ações humanizadas em saúde. Percebem diferentes momentos de busca pelo cuidado ao longo do processo de adoecimento e benefícios na sua realização que se estendem para toda a unidade de saúde (sujeito, rede de suporte e profissional). O fato de trazerem o desconhecimento ou pouco conhecimento acerca do tema associado a uma concepção de espiritualidade relacionada à Deus ou a uma força superior, pode ter contribuído para que estes profissionais apresentassem dificuldades em realizar o cuidado espiritual dos sujeitos com concepções diferentes das suas. À medida que a falta de conhecimento sobre essa determinada temática foi pontuada como um fator que dificulta a realização do cuidado, este também foi apontado por alguns como um dos motivos que os impulsionaram na busca pelo conhecimento e aprofundamento do tema.

Foi possível constatar uma maior facilidade em descrever questões relacionadas à própria espiritualidade, bem como, a realização do cuidado espiritual e inclusão do mesmo no campo da saúde entre os profissionais que relataram já possuírem conhecimento sobre tema. Isso mostra como o saber facilita o acesso dessa abordagem junto aos usuários e seus familiares, uma vez que auxilia no desenvolvimento das habilidades necessárias e, ao mesmo tempo, reafirma a necessidade de uma maior inclusão da espiritualidade nas instituições de ensino e novas pesquisas sobre essa temática em todos os níveis de atenção à saúde.

Tais resultados corroboram com o crescente número de pesquisas sobre espiritualidade realizadas atualmente nas diferentes áreas das ciências da saúde, demonstrando claro desejo de buscar novas fontes que ampliem suas possibilidades em busca de soluções para o sofrimento humano (DEZORZI & CROSSETTI, 2008).

Percebe-se o quanto esse assunto é presente na prática do cuidado em saúde e como a falta de capacitação pode ora contribuir para que, muitas vezes, os profissionais realizem um cuidado espiritual sem saber; ora obter como resultado um aumento do sofrimento dos sujeitos ou até mesmo uma quebra de vínculo e, conseqüentemente, na relação terapêutica decorrentes de um cuidado espiritual mal realizado. A espiritualidade pode ser uma arma de grande impacto para a prática de

um cuidado em saúde integral. Para isso, deve ser tema abordado e trabalhado nas instituições de ensino, bem como nas próprias instituições de saúde, através da educação continuada.

Dessa forma, este estudo caminhou na intenção clara de elucidar o quanto o diálogo sobre espiritualidade nos campos da educação, pesquisa e cuidado em saúde pode contribuir para a prestação de serviços de qualidade, voltados à integralidade do sujeito bem como a manutenção do bem estar dos próprios profissionais da saúde.

*“A Ciência não é só compatível com a espiritualidade; é uma profunda fonte de espiritualidade”.*

Carl Sagan

## 8. REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O.; MATHERS, C.D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. *The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries*. Lancet. 2007;370(9603):1929–38 apud SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343–50.

AIRES, D.L.; CARVALHO, M.D.B. *O paciente crônico frente à espiritualidade e a relevância do tema na prática médica*, 2015. Disponível em: <http://www.eaic.uem.br/eaic2015/anais/artigos/652.pdf> Acessado em: 21/04/2018.

ANJOS, M.F. Para compreender a espiritualidade em bioética. Mundo saúde. 2007 Abr/Jun;31(2):155-160.

ARRIEIRA, I.C.O.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; SCHWONKE, C.R.G.B.; CARDOSO, D.H.; FRIPP, J.C. *O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida*. Esc Anna Nery. 2017.

ARRIEIRA, I.C.O.; THOFEHRN, M.B.; PORTO, A.R.; PALMA, J.S. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. Cienc Cuid Saude 2011 Abr/Jun; p. 314-321.

ARRIEIRA, I.C.O. *A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos*. Tese de mestrado, Pelotas, 2009.

AYRES, J.R.C.M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

AYRES, J.R.C.M. *Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001 apud PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELEI, R.A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; NASCIMENTO, E.N.; MATSUMOTO, P.H.V.R. *O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa*.

Cadernos de Educação FaE/PPGE/UFPel, Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. *El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico*. *Revista Clínica e Salud*, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993 apud PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536*.

BENITES, A.C.; NEME, C.M.B.; DOS SANTOS, M.A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia | Campinas | 34(2) | 269-279 | abril - junho 2017*.

BERTOLETTI, J.; CABRAL, P.M.F. Saúde Mental do Cuidador na Instituição Hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2007, Vol. 23 n. 1, pp. 103-110*.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante; 2001 apud PESSINI, L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4):457-465).

BRAGA, L.M.; TORRES, L.M.; FERREIRA, V. M. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. *Rev. Enf.- UFJF - Juiz de Fora - v. 1 - n. 1 - p. 55-63 - jan./jun. 2015*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF. 2013. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Versão preliminar.

BRASIL. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Cartilhas da Política Nacional de Humanização*: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada*. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde , *Cartilha entendendo o SUS*, 2006. BRASIL. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Casa Civil, Brasília, DF, 17 jul. 2000.

BRASIL. Manual do Programa Nacional Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BOUSSO, R.S.; SERAFIM, T.S.; MISKO, M.D. *The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life-threatening diseases*. Rev latino-am Enfermagem. 2010 Mar Apr;18(2):156-62 apud NASCIMENTO, L.C.; SANTOS, T.F.M.; OLIVEIRA, F.C.S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, M.M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 52-60.

CAMPOS, E.P. *Equipe de saúde: cuidadores sob tensão*. Epistemo-somática. 2006;3(2):195-222 apud NEGROMONTE, M.R.O.; ARAUJO, T.C.C.F. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar-abr 2011.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):849-859, 2007.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix 1982 apud PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

CARRILLO-GARCÍA, C.; SOLANO-RUÍZ, M.C.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E.; GÓMEZ GARCÍA, C.I. Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013 Nov.-Dec.;21(6):1314-20.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. *Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção*. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 141-166 apud ROSADO, I.V.; RUSSO, G.H.A; MAIA, E.M.C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3021-3032, 2015.

CARVALHO, J.J. *Características do fenômeno religioso na sociedade contemporânea*. In: BINGENAR, M.C., organizador. O impacto da modernidade sobre a religião. São Paulo: Loyola; 1992 apud SOUZA, V.C.T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W.S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bio&Thikos*, Centro Universitário São Camilo, 2012, p.181-190.

CHIANG, F.C.F. *A importância da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado: uma análise através da capelania hospitalar*. 2014. Tese de mestrado. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/EST\\_a6b0d789e857356626e4fee52696e729](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/EST_a6b0d789e857356626e4fee52696e729)  
Acessado em: 21/04/2018.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. *Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais*. *Rev Bras Enferm* 2005 mar-abr; 58(2):214-7.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, A.P.G.; GONTIJO, D.T. *Queixas relacionadas ao desempenho ocupacional de adolescentes que vivem com HIV: subsídios para ação da Terapia Ocupacional*. *Rev Ter Ocup Univ*. São Paulo. 2013, p.57-66.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992 apud BERTOLETTI, J.; CABRAL, P.M.F. Saúde Mental do

Cuidador na Instituição Hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2007, Vol. 23 n. 1, pp. 103-110.

DEZORZI, L.W.; CROSSETTI, M.G.O. A espiritualidade no cuidado de si para os profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 Mar-Abr; 16(2):212-7.

DOURADO, V.Z, TANNI, S.E.; VALE, S.A.; FAGANELLHO, M.M.; SANCHEZ, F.F.; GODOY, I. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2006;32(2):161-71

DOURADO, V.Z.; ANTUNES, L.C.O; CARVALHO, L.R; GODOY, I. Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 30(2) - Mar/Abr de 2004.

DUARTE, R. *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

DURGANTE, C.E.A. *Espiritualidade*. In: DALACORTE, R.R.; RIGO, J.J.; SCHNEIDER, R.H.; SCHWANKE, C.H.A. *Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p.27-29.

DUVERGER, M. *Método de las ciencias sociales*. Barcelona: Ariel, 1962 APUD GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; DA ROCHA, N.S. *Desenvolvimento do WHOWOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, 2003, p. 446-455.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979 apud PESSINI, L. *Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014.

FRANKL, V.E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 28ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009 apud ARRIEIRA, I.C.O.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; SCHWONKE, C.R.G.B.; CARDOSO, D.H.; FRIPP, J.C. *O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida*. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):e20170012.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Paidéia, 2004, p.139 -152.

FREIRE, M.E.M.; VASCONCELOS, M.F.; SILVA, T.N.; OLIVEIRA, K.L. *Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar*. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):356-362. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>

GIBERTONI, J. *Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia*. Rev Bras Enferm 1967; 20(4): 278-89 apud GUSSEI, M.A.; DYTZ, J.L.G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008 Mai-Jun; 61(3):377-84.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967 APUD FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.17-27, 2008.

GOBETTO, C.A.; ARAUJO, T.C.C.F. *Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde*. Rev Psicol USP. 2013 jan/abr; 24(1) apud FREIRE, M.E.M.; VASCONCELOS, M.F.; SILVA, T.N.; OLIVEIRA, K.L. *Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar*. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):356-362. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>.

GOULART, F.A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília: PAHO; 2011 apud SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343-50.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. *O impacto da espiritualidade na saúde física*. Rev. Psiq. Clín. 34, p.88-94, 2007.

GUSSEI, M.A.; DYTZ, J.L.G. *Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem*. Rev Bras Enferm. 2008 Mai-Jun; 61(3):377-84.

HART, J.R.; KOHLWES, R.J.; DEYO, R.; LORNA, A.; BOWEN, R.; BOWEN, D.J. *Hospice patients' attitudes regarding spiritual discussions with their doctors*. Am. J. Hospice Palliat. Care, v.20, n.2, p.135-139, 2003 apud SAPORETTI. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F.S. (org). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997 apud SÁ, A.C. de. *Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica*. Mundo saúde. 2009; 33(2): 205-217.

HUNTLEY, N. *Moléstias cardíacas e pulmonares*. In: RADOMSKI, M. V.; TROMBLY, C. A. (Org.). *Terapia ocupacional para disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Santos, 2005, p. 1071.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre> Acessado em: 21/04/2018.

JUNG, C.G. *O Homem e Seus Símbolos*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1991.

JUNQUEIRA, L.C.U. *Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde*. Ribeirão Preto, 2008.

KING, I.; TALENTO, B.J.W. In: GEORGE. J.B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000 apud SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. *Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8.

KUBLER-ROOS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 8.ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2000 apud ARRIEIRA, I.C.O. *A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos*. Tese de mestrado, Pelotas, 2009.

KOENIG, H.G. *Por quê incluir a espiritualidade?*. In: KOENIG, H.G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê*. São Paulo: FE Editora Jornalística, 2012, p.15-29.

LEITE, M.T.; GONÇALVES, L.H.T. *A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 108-15.

LINCK, C.L; BIELEMANN, V.L.M.; SOUSA, A.S.; LANGE, C. *Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento*. Acta Paul Enferm, 2008; p. 317-22.

LONG, T. Review of 'The rebirth of the clinic: an introduction to spirituality' and 'A balm for Gilead: meditations on spirituality' by David P. Sulmasy. *Am J Bioeth.* 2010;10(4):87-9 apud MANCHOLA, C.; BRAZÃO, E; PULSCHEN, A.; SANTOS, M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioética (Impr.)*. 2016; 24 (1): 165-75.

LONGUINIÈRE, A.C.F.; YARID, S.D.; SILVA, E.C.S. *Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico*. *Rev Cuid.* 2018; 9(1): 1961-72. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. *Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?*. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v.32, n.1, mar. 2010.

LUNDBERG, P.C.; KERDONFAG, P. *Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units*. *J Clin Nurs.* 2010 Apr; 19(7-8):1121-8 apud NASCIMENTO, L.C.; SANTOS, T.F.M.; OLIVEIRA, F.C.S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, M.M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 52-60.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; POZ, M. R.D.; FRANÇA, T. (Org.) *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MANCHOLA, C.; BRAZÃO, E; PULSCHEN, A.; SANTOS, M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioética (Impr.)*. 2016; 24 (1): 165-75.

MANDÚ, E.N.T. *Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004 apud PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. *O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco*. *Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536*.

MANDÚ, E.N.T. *Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 julho-agosto; 12(4):665-75.

MANOEL, I.A. História, religião e religiosidade. *Revista de Cultura Teológica - v. 15 - n. 59 - abr/jun 2007*.

MARTIN, L.M. *A ética e a humanização hospitalar*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014, p.31-50.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):13-22.

MAZZARINO, M. Reflexões sobre as possibilidades e desafios de uma clínica ampliada e compartilhada para o cuidado em saúde mental na infância e adolescência na atenção básica. 2013.

MCCORD, G. et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, Cleveland, v. 2, n. 4, p. 356-361, 2004.

MEDEIROS, B.; SALDANHA, A.A.W. *Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV*. *Est. Psicol.*, Campinas, v.29, n.1, mar. 2012.

MENDONÇA, F.M.A.; JALDIN, M.G.M.; FREITAS, I.J.S.; LIMA, J.V.P.; DUTRA, M.B.; BRITO, L.M.O. *Revisitando o cuidado em saúde: revisão de literatura*. *Rev Pesq Saúde*, p. 55-59, jan-abr, 2012.

MENEGATTO, A.C. *Relatos de pacientes com HIV em fase avançada e sua visão de morte após experiência com espiritualidade, 2006*. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/51.pdf>. Acessado em 10/02/2016.

MEZZOMO, A.A. *Humanização Hospitalar – fundamentos antropológicos e teológicos*. São Paulo, 2010, Cap.3, p.127-186.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. *O desafio da pesquisa social*. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOHANA, J. *O mundo e eu*. Rio de Janeiro : Agir, 1964 apud RODRIGUES, M.S.P.; SOBRINHO, E.H.G.; DA SILVA, R.M. A família e sua importância na formação do cidadão. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.2, n.2, p.40-48, jul./dez. 2000 apud RODRIGUES, M.S.P.; SOBRINHO, E.H.G.; DA SILVA, R.M. A família e sua

importância na formação do cidadão. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.2, n.2, p.40-48, jul./dez. 2000.

MONTEIRO, Dulcinéia M. R. *Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo*. In: PISSINI, Léo; BACHIFONTAINE, Christian (orgs.). *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 63-86.

NANDA Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2007-2008. Organizado por North American Nursing Association. Porto Alegre: Artmed; 2008 apud SÁ, A.C. de. *Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica*. *Mundo saúde*. 2009; 33(2): 205-217.

NARAYANASAMY, A. *Asset: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing*. *Nurse Educ Today* 1999; 19:274-85 apud DEZORZI, L.W.; CROSSETTI, M.G.O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril; 16(2).

NASCIMENTO, L.C.; SANTOS, T.F.M.; OLIVEIRA, F.C.S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, M.M. *Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 52-60.

NASIO J.D. O livro da dor e do amor. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar; 1997 apud SÁ, A.C. de. *Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica*. *Mundo saúde*. 2009; 33(2): 205-217.

NEGROMONTE, M.R.O.; ARAUJO, T.C.C.F. *Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr 2011.

NEWBERG, A.B.; D'AQUILI, E.G. *The Neuropsychology of Spiritual Experience*. In: KOENIG, Harold (Ed.). *Handbook of Religion and Mental Health*. New York: Academic Press, 1998 apud DE ASSIS, D. A influência da espiritualidade na saúde física e mental, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/interespe/article/view/16284> Acessado em: 07/05/2018.

De OLIVEIRA, A.A. *Observação e entrevista em pesquisa qualitativa*. *Revista FACEVV*, Vila Velha, n.4, jan./jun. 2010, p. 22-27.

OSLER, William. The faith that heals. *British Medical Journal*, London, June 18, 1910, p. 1.470-1.472 apud REGINATO, V.; De BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. *Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_822103381.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf) Acessado em: 23/04/2018 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. *Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 25, p. 295-307, 2008 apud PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. *O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco*. Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

PEREIRA, T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. *O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco*. Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

PERES, M.F. P.; ARANTES, A.C.L.Q.; LESSA, P.S.; CAOUS, C.A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 82-87, 2007.

PESSINI, L. *Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014, p.11-30.

PESSINI, L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4):457-465).

PESSINI, L.A. *Espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde*. *Mundo Saúde*. p.187-95, 2007.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1994 apud BERTOLETTI, J.; CABRAL, P.M.F. *Saúde Mental do Cuidador na Instituição Hospitalar*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2007, Vol. 23 n. 1, pp. 103-110.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

PUCHALSKI, ChristinaM. The hole of spirituality in health care. *BUMC Proceedings*, Waco, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001 apud REGINATO, V.; De BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. *Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem*. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016.

QUEIROZ, M.E.G. *AIDS*. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

REED, P. *An emerging paradigm for the investigation nursing of spirituality in nursing*. *Res Nurs Health* 1992; 15:349-57 apud DEZORZI, L.W.; CROSSETTI, M.G.O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril; 16(2).

REGINATO, V.; De BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. *Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem*. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 237-255, jan./abr. 2016.

REZENDE, A.L.M. O processo saúde-doença In: REZENDE, A.L.M. *Saúde e dialética do pensar e do fazer* (pp. 85-98) (2ª ed). São Paulo: Cortez, 1986 apud PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

REZENDE, E.G.; LODOVICI, F.M.M.; CONCONE, M.H.V.B. *A infinitude na religião: quando uma vida só não basta*. *Rev Kairos [Internet]*. 2012 Aug [cited 2016 Jun 25]; 15(4):47-65. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/17037/12643> apud ARRIEIRA, I.C.O.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; SCHWONKE, C.R.G.B.; CARDOSO, D.H.; FRIPP, J.C. *O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida*. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):e20170012.

ROACH, S.S. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press, 1993 apud WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? *Rev. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan. 1998.

RODRIGUES, M.S.P.; SOBRINHO, E.H.G.; DA SILVA, R.M. *A família e sua importância na formação do cidadão*. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.2, n.2, p.40-48, jul./dez. 2000.

ROSS, L. *Spiritual care in nursing: an overview of research to date*. J Clin Nurs. 2006 Jul; 15(7):852-62 apud NASCIMENTO, L.C.; SANTOS, T.F.M.; OLIVEIRA, F.C.S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, M.M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 52-60.

ROSS, L. *The spiritual dimension: its importance to patients. health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice*. Int J Nurs Stud 1995;32:457-68 apud FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; DA ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOWOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 4, 2003, p. 446-455.

ROSADO, I.V.; RUSSO, G.H.A; MAIA, E.M.C. *Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência*. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3021-3032, 2015.

ROSSATO, K.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; MISTURA, C.; CHEROBINI, M.D.B.; RODRIGUES, I.L.; CIELO, C.; Da ROSA, N. *A espiritualidade da família ao ter um familiar internado por doença crônica: relato de vivência*, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6844.pdf> Acessado em: 21/04/2018.

SÁ, A.C. de. *Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica*. Mundo saúde. 2009; 33(2): 205-217.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. *Espiritualidade baseada em evidências*. Acta Fisiátrica, v. 8, n. 3, 2001, p. 107-112.

SALGADO, A.P.A.; ROCHA, R.M.; CONTI, C.C. *O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas*. Rev Enferm UERJ 2007; 15(2): 223-8 apud GUSSI, M.A.; DYTZ, J.L.G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008 Mai-Jun; 61(3):377-84.

SALMON, B.; BRUICK-SORGE, C.; BECKMAN, S.J.; BOSLEY- HRAGES, S. *The evolution of student nurses' concepts of spirituality*. Holist Nurs Pract. 2010 Mar-Apr; 24(2):73-8 apud NASCIMENTO, L.C.; SANTOS, T.F.M.; OLIVEIRA, F.C.S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, M.M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 52-60.

SANT'ANNA, D.B. Pacientes e passageiros, Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.4 , n.6, 2000.

SANTOS, S.F.A. *Resiliência, qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. 2011. Tese de mestrado. Disponível em: [http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/4181?locale=pt\\_BR](http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/4181?locale=pt_BR) Acessado em: 21/04/2018.

SANTOS, F.S. *Abordando a espiritualidade na prática clínica*. In: SANTOS, F.S. (org). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.373-385.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON (org). E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2003 apud JUNQUEIRA, L.C.U. Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde. Ribeirão Preto, 2008.

SAPORETTI. *Espiritualidade em Cuidados Paliativos*. In: SANTOS, F.S. (org). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.269-281.

SAVOLDI, N.A.; NEVES, E.P.; SANTOS, I.; MAURO, M.Y.C. *Em busca do bem-estar e do modo de ser do trabalhador saudável*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2003; 7(3): 413-23.

SELLTIZ, C., et al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Herder, 1972 apud GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

SILVA, L.A.S. *Ambiente hospitalar: uma proposição conceitual para o elemento do entorno do cuidado de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: EEAN, UFRJ, Março de 2010. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao\\_leticia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao_leticia.pdf) Acessado em: 22/04/2018.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. *Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 – 8.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. *Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática*. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343–50.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004;30 Suppl 1:S1-S42.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Pneumol. 2000;26:S1-S52.

SOUZA, V.C.T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W.S. *Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente*. Revista Bio&Thikos, Centro Universitário São Camilo, 2012;6(2):181-190.

STAKE, R.E. *Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011.

UNESCO. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: UNESCO; 2006.

VOLCAN, S.M.A. et al. *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? Rev. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan. 1998.

WATSON, M.J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis; 2005 apud SÁ, A.C. de. *Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica*. Mundo saúde. 2009; 33(2): 205-217.

WATSON, J. *The theory of human caring: retrospective and prospective*. Nurs Sci Q 1997; 10 (1): 49-52 apud SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. *Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8.

ZOBOLI, E.L.C.P. *A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004

apud PEREIRA, PEREIRA T.T.S.O.; BARROS, M.N.S.; AUGUSTO, M.C.N.A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

## APÊNDICE A: CARTA CONVITE



Universidade  
Federal  
de São Carlos

Centro de Ciências  
Biológicas e da  
Saúde

Programa de Pós-Graduação em  
Gestão da Clínica  
Rodovia Washington Luís, s/n  
Jardim Guanabara  
São Carlos, SP 13565-905, Brasil  
Fone: 0xx16 3351-8382

### CARTA-CONVITE DE PARTICIPAÇÃO

Caro(a) amigo(a), temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Concepções de Espiritualidade de uma Equipe Multiprofissional que atua junto à Pacientes Crônicos”**, que objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermagem de moléstias infectocontagiosas do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB), significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados. Sua participação é de extrema importância, pois a partir dos resultados obtidos poderemos pensar em recursos mais abrangentes e de maior seguimento para aprofundamento do tema e melhoria nos processos de trabalho institucionais, favorecendo o cuidado integral ao paciente hospitalizado. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento poderá desistir de participar desta pesquisa. A sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora nem com a instituição.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista individual com base em perguntas norteadoras sobre o tema, com duração de aproximadamente 40 minutos e será gravada na forma de áudio. Importante salientar que as informações gravadas em áudio serão transcritas em documento próprio do pesquisador em que será omitida qualquer informação que possa identificá-lo, a fim de respeitar o seu anonimato e confidencialidade das respostas, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Está assegurado ao(à) senhor(a) que serão escolhidos o momento, o local e as condições adequadas para a realização da entrevista, dando preferência para o melhor dia e horário que julgar conveniente dentro da sua escala de trabalho.

Pedimos a gentileza que confirmem previamente sua participação diretamente com a pesquisadora Bruna Teixeira Pinto, para que, visando seu conforto, sejam operacionalizadas as devidas providências.

Agradecemos sua participação. Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto

Pós graduanda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

## APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>CATEGORIZAÇÃO DO INDIVÍDUO</b>	
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	Data de nascimento:
Estado civil:	
Profissão: ( ) enfermeiro ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) farmacêutico ( ) fonoaudiólogo ( ) psicólogo ( ) nutricionista ( ) assistente social ( ) técnico de enfermagem	
Em que ano você concluiu a graduação?	
Há quanto tempo trabalha no HEAB?	
Há quanto tempo trabalha na enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB?	
Tem uma religião? ( ) sim ( ) não Se sim, qual?	
É praticante da religião? ( ) sim ( ) não	
Você tem cursos/aperfeiçoamentos no tema espiritualidade e saúde? ( ) sim ( ) não	
Se sim, qual(ais)?	Data da realização:

<b>QUESTÕES NORTEADORAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que você entende por espiritualidade?</li>   <li>2. Como você oferece o cuidado espiritual aos pacientes internados na enfermaria de moléstias infectocontagiosas?</li> </ol>

## APÊNDICE C: OFÍCIO AOS COORDENADORES DO HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE (HEAB)

Américo Brasiliense, 23 de maio de 2017.

A/C: Coordenação da Enfermagem

**Ref:** Projeto de Pesquisa *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”*

É sabido que o cuidado realizado com o usuário hospitalizado envolve muitas dimensões, inclusive a espiritual e, desta forma, a equipe multiprofissional do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) busca trabalhar com a integralidade do adoecimento, contribuindo para com uma assistência qualificada. Para tanto, a capacitação da equipe deve ser considerada como ação de fundamental importância para o aprimoramento do olhar integral.

Assim, partindo desta breve contextualização, desejo informar sobre a aprovação do meu projeto de mestrado intitulado *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”* pelo Comitê de Ética, com aprovação prévia da Instituição, via Comissão de Análise de Projetos Científicos. Este estudo objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

A proposta é que a coleta de dados seja realizada através de uma entrevista aberta individual, constituída de duas questões norteadoras, com duração de aproximadamente 40 minutos. Com o intuito de favorecer a participação, é de extrema importância que tais entrevistas sejam realizadas nos períodos de trabalho dos colaboradores que desejarem participar do estudo.

Sendo assim, solicito o apoio da Coordenação para que o colaborador possa escolher o melhor dia e horário dentro da sua escala de trabalho para a realização da entrevista, favorecendo a sua participação sem consequências negativas na organização do trabalho e prejuízos institucionais.

Início: 05 de Junho 2017

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata desde já.

Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto  
Terapeuta Ocupacional

Américo Brasiliense, 23 de maio de 2017.

A/C: Coordenação da Equipe Multiprofissional

**Ref:** Projeto de Pesquisa *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”*

É sabido que o cuidado realizado com o usuário hospitalizado envolve muitas dimensões, inclusive a espiritual e, desta forma, a equipe multiprofissional do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) busca trabalhar com a integralidade do adoecimento, contribuindo para com uma assistência qualificada. Para tanto, a capacitação da equipe deve ser considerada como ação de fundamental importância para o aprimoramento do olhar integral.

Assim, partindo desta breve contextualização, desejo informar sobre a aprovação do meu projeto de mestrado intitulado *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”* pelo Comitê de Ética, com aprovação prévia da Instituição, via Comissão de Análise de Projetos Científicos. Este estudo objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

A proposta é que a coleta de dados seja realizada através de uma entrevista aberta individual, constituída de duas questões norteadoras, com duração de aproximadamente 40 minutos. Com o intuito de favorecer a participação, é de extrema importância que tais entrevistas sejam realizadas nos períodos de trabalho dos colaboradores que desejarem participar do estudo.

Sendo assim, solicito o apoio da Coordenação para que o colaborador possa escolher o melhor dia e horário dentro da sua escala de trabalho para a realização da entrevista, favorecendo a sua participação sem consequências negativas na organização do trabalho e prejuízos institucionais.

Início: 05 de Junho 2017

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata desde já.

Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto  
Terapeuta Ocupacional

Américo Brasiliense, 23 de maio de 2017.

A/C: Coordenação da Equipe Médica

**Ref:** Projeto de Pesquisa *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”*

É sabido que o cuidado realizado com o usuário hospitalizado envolve muitas dimensões, inclusive a espiritual e, desta forma, a equipe multiprofissional do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) busca trabalhar com a integralidade do adoecimento, contribuindo para com uma assistência qualificada. Para tanto, a capacitação da equipe deve ser considerada como ação de fundamental importância para o aprimoramento do olhar integral.

Assim, partindo desta breve contextualização, desejo informar sobre a aprovação do meu projeto de mestrado intitulado *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”* pelo Comitê de Ética, com aprovação prévia da Instituição, via Comissão de Análise de Projetos Científicos. Este estudo objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

A proposta é que a coleta de dados seja realizada através de uma entrevista aberta individual, constituída de duas questões norteadoras, com duração de aproximadamente 40 minutos. Com o intuito de favorecer a participação, é de extrema importância que tais entrevistas sejam realizadas nos períodos de trabalho dos colaboradores que desejarem participar do estudo.

Sendo assim, solicito o apoio da Coordenação para que o colaborador possa escolher o melhor dia e horário dentro da sua escala de trabalho para a realização da entrevista, favorecendo a sua participação sem consequências negativas na organização do trabalho e prejuízos institucionais.

Início: 05 de Junho 2017

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata desde já.

Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto  
Terapeuta Ocupacional

Américo Brasiliense, 23 de maio de 2017.

A/C: Coordenação da Nutrição

**Ref:** Projeto de Pesquisa *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”*

É sabido que o cuidado realizado com o usuário hospitalizado envolve muitas dimensões, inclusive a espiritual e, desta forma, a equipe multiprofissional do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) busca trabalhar com a integralidade do adoecimento, contribuindo para com uma assistência qualificada. Para tanto, a capacitação da equipe deve ser considerada como ação de fundamental importância para o aprimoramento do olhar integral.

Assim, partindo desta breve contextualização, desejo informar sobre a aprovação do meu projeto de mestrado intitulado *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”* pelo Comitê de Ética, com aprovação prévia da Instituição, via Comissão de Análise de Projetos Científicos. Este estudo objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

A proposta é que a coleta de dados seja realizada através de uma entrevista aberta individual, constituída de duas questões norteadoras, com duração de aproximadamente 40 minutos. Com o intuito de favorecer a participação, é de extrema importância que tais entrevistas sejam realizadas nos períodos de trabalho dos colaboradores que desejarem participar do estudo.

Sendo assim, solicito o apoio da Coordenação para que o colaborador possa escolher o melhor dia e horário dentro da sua escala de trabalho para a realização da entrevista, favorecendo a sua participação sem consequências negativas na organização do trabalho e prejuízos institucionais.

Início: 05 de Junho 2017

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata desde já.

Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto  
Terapeuta Ocupacional

Américo Brasiliense, 23 de maio de 2017.

A/C: Coordenação da Farmácia

**Ref:** Projeto de Pesquisa *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”*

É sabido que o cuidado realizado com o usuário hospitalizado envolve muitas dimensões, inclusive a espiritual e, desta forma, a equipe multiprofissional do Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) busca trabalhar com a integralidade do adoecimento, contribuindo para com uma assistência qualificada. Para tanto, a capacitação da equipe deve ser considerada como ação de fundamental importância para o aprimoramento do olhar integral.

Assim, partindo desta breve contextualização, desejo informar sobre a aprovação do meu projeto de mestrado intitulado *“Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos”* pelo Comitê de Ética, com aprovação prévia da Instituição, via Comissão de Análise de Projetos Científicos. Este estudo objetiva identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar da enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas do HEAB, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

A proposta é que a coleta de dados seja realizada através de uma entrevista aberta individual, constituída de duas questões norteadoras, com duração de aproximadamente 40 minutos. Com o intuito de favorecer a participação, é de extrema importância que tais entrevistas sejam realizadas nos períodos de trabalho dos colaboradores que desejarem participar do estudo.

Sendo assim, solicito o apoio da Coordenação para que o colaborador possa escolher o melhor dia e horário dentro da sua escala de trabalho para a realização da entrevista, favorecendo a sua participação sem consequências negativas na organização do trabalho e prejuízos institucionais.

Início: 05 de Junho 2017

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata desde já.

Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto  
Terapeuta Ocupacional

## APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

#### CONCEPÇÕES DE ESPIRITUALIDADE DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA JUNTO À PACIENTES CRÔNICOS

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Concepções de Espiritualidade de uma Equipe Multiprofissional que atua junto à Pacientes Crônicos*”.

O objetivo deste estudo é identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar de uma enfermaria de moléstias infectocontagiosas de um hospital público de média complexidade, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por atuar na enfermaria responsável pelos cuidados à pacientes crônicos. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento sem necessidade de dar nenhuma explicação o(a) senhor(a) poderá desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. A sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora nem com a instituição.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista individual, com base em perguntas norteadoras sobre o tema espiritualidade que abrangem as concepções individuais sobre o tema e o cuidado espiritual ofertado aos pacientes hospitalizados no processo de adoecimento. O tempo utilizado para entrevista será de aproximadamente quarenta minutos e ela será gravada na forma de áudio.

As informações gravadas em áudio serão transcritas em documento próprio do pesquisador em que será omitida qualquer informação que possa identificá-lo, a fim de respeitar o seu anonimato e confidencialidade das respostas, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A coleta de informações por meio da entrevista direcionada por perguntas norteadoras não oferece risco imediato ao(à) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, uma vez que algumas perguntas por abordarem sua opinião pessoal sobre o tema em pesquisa, podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou ocasionar um leve cansaço após responder a entrevista. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o(a) senhor(a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Está assegurado ao(à) senhor(a) que serão escolhidos o momento, o local e as condições adequadas tanto para fazer o convite de participação da pesquisa, como também de realização da entrevista; para tanto, as devidas providências e cautelas serão tomadas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano.

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

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

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

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

O (a) senhor(a) será acolhido (a) pelos pesquisadores caso se sinta, em qualquer momento desta pesquisa, prejudicado (a) por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo, no intuito de evitar danos.

Ao participar desta pesquisa o (a) senhor(a) não terá benefício direto. Entretanto, esperamos que este trabalho possa contribuir de forma indireta para ampliação do conhecimento sobre as concepções dos profissionais de saúde a respeito da espiritualidade e a conseqüente aproximação desses profissionais ao referido tema, podendo contribuir para a melhoria do cuidado ao paciente hospitalizado, com base na sua integralidade. A partir dos resultados obtidos poder-se-á pensar em recursos mais abrangentes e de maior seguimento para aprofundamento do tema e melhoria nos processos de trabalho institucionais.

O(a) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelos pesquisadores, onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, o qual poderá esclarecer eventuais dúvidas, agora ou em qualquer momento, sobre a pesquisa e sua participação. A pesquisadora responsável, Bruna Teixeira Pinto, poderá ser encontrada no Hospital Estadual Américo Brasiliense, localizado na Alameda Deputado Aldo Lupo, n. 1260, CEP 14820-000, Américo Brasiliense, SP, Fone: (16) 3393-7800 e pelo e-mail: [brunateix@bol.com.br](mailto:brunateix@bol.com.br) ou [btpinto@heab.fmrp.usp.br](mailto:btpinto@heab.fmrp.usp.br) e as pesquisadoras colaboradoras Fernanda Vieira Rodovalho Callegari e Maristela Carbol poderão ser encontradas no Departamento de Medicina/UFSCar, endereço: Rodovia Washington Luís, s/n - Jardim Guanabara, São Carlos - SP, CEP 13565-905; Fone: (16) 3351-8382. [Fernanda Vieira Rodovalho Callegari – e-mail: fercallegari@ufscar.br](mailto:fercallegari@ufscar.br) Maristela Carbol - e-mail: [maristela@carbol.com.br](mailto:maristela@carbol.com.br)

*Declaro que entendi a justificativa, o objetivo, os procedimentos de coleta das informações, os riscos e os benefícios da minha participação neste estudo e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

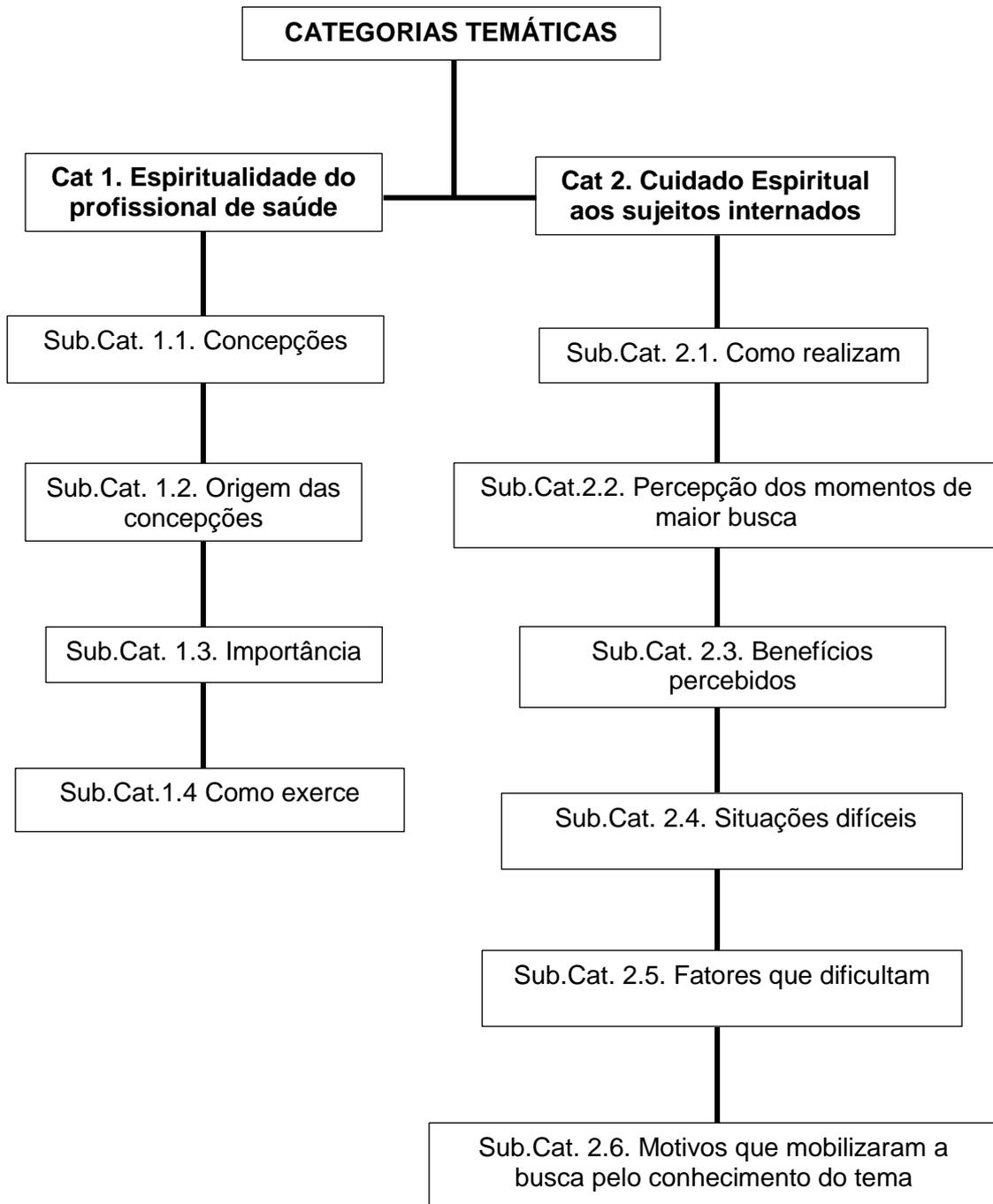
---

Nome e Assinatura do Participante

---

Bruna Teixeira Pinto  
Pesquisador responsável

## APÊNDICE E



**Figura 1.** Categorias temáticas e subcategorias resultantes do estudo.

**APÊNDICE F:**

Quadro 1: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 1.

<b>Categoria Temática 1: Espiritualidade do profissional de saúde</b>				
<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>	<b>Subcategorias</b>			
	<b>1. Concepções</b>	<b>2. Origem das concepções</b>	<b>3. Importância</b>	<b>4. Como exerce</b>
	Fé em Deus, em algo maior, superior/ Conexão com o transcendente/ Sentido de vida	Criação	Traz paz, conforto, segurança, amor/ Dá força/ Aceitação	Através de práticas individuais e coletivas
	Religião	Busca Ativa	Objetivos/Significado	Satisfação com o que possui
	Singularidade/ Estado de espírito/ Sentimentos	Religião	Construção do carácter	

**APÊNDICE G:**

Quadro 2: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 2.

<b>Categoria Temática 2: Cuidado espiritual aos sujeitos internados</b>						
<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>	<b>Subcategorias</b>					
	<b>1. Como realizam</b>	<b>2. Percepção dos momentos de maior busca</b>	<b>3. Benefícios percebidos</b>	<b>4. Situações difíceis</b>	<b>5. Fatores que dificultam</b>	<b>6. Motivos que mobilizaram a busca pelo conhecimento do tema</b>
	Falando de Deus	Descoberta Diagnóstica (informe médico) e Tratamento	Para o processo saúde-doença	Quando os conceitos de espiritualidade são diferentes	Desconhecimento ou pouco conhecimento do profissional sobre o tema	Pela dor, pelo contato com a morte, pela desumanização do atendimento
	Através de ações humanizadas em saúde	Quando próximos da morte	Para a relação profissional da saúde-sujeito dos cuidados	Quando a espiritualidade do paciente entra em confronto com a prática profissional	A rotina hospitalar e o Perfil biopsicossocial dos sujeitos internados nessa enfermaria	Pela percepção de que os pacientes traziam a temática para os atendimentos
	Buscando conhecer o sujeito	Quando clinicamente piores (em sofrimento)	Para o papel do profissional da saúde			
		Quando em internação prolongada ou indo embora dependente de cuidados				
		Quando o profissional busca conhecer como o paciente enfrenta a situação vivenciada				

**ANEXO A:** Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa em seres humanos da UFSCar

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Concepções de Espiritualidade de uma equipe multiprofissional que atua junto à pacientes crônicos

**Pesquisador:** BRUNA TEIXEIRA PINTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63765616.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.061.823

**Apresentação do Projeto:**

A espiritualidade vem ganhando espaço no mundo acadêmico brasileiro, estando cada vez mais presente na tríade paciente-doença-equipe de assistência, sendo incluídos nos processos de tratamento. O hospital favorece a descaracterização do indivíduo, transformando-o por vezes em objeto de estudo e aprendizado, contribuindo para a perda de sua autonomia e independência. É um local de rotina desgastante e invasiva e, por vezes, de descobertas diagnósticas; envolvendo sentimentos de medo, tristeza, raiva, vazio e até a proximidade com a finitude de vida. Diante dessas características, a busca por significados/sentidos torna-se essencial à vida e ao próprio processo de tratamento. Pesquisas demonstram que a inclusão da espiritualidade no tratamento pode melhorar a qualidade de vida dos doentes, bem como estimular maior rapidez no processo de cura ou no enfrentamento das enfermidades. No entanto, os profissionais de saúde realizam esse cuidado espiritual? Qual a concepção que possuem do tema? Este estudo tem como objetivo identificar como os profissionais de saúde, atuantes numa enfermaria de moléstias infectocontagiosas de um hospital de média complexidade, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes ali internados. A pesquisa será desenvolvida no Hospital Estadual Américo Brasiliense, localizado no município de Américo Brasiliense, São Paulo. A população do estudo será a equipe multidisciplinar atuante na enfermaria de moléstias

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Telefone:** (16)3351-9683

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.061.823

infecção contagiosas. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista aberta constituída de duas questões norteadoras: O que você entende por espiritualidade? e Como você oferece o cuidado espiritual aos pacientes internados na enfermaria de moléstias infectocontagiosas?

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral consiste em: Identificar como os profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar de uma enfermaria de moléstias infectocontagiosas de um hospital público de média complexidade, significam a espiritualidade e como oferecem o cuidado espiritual aos pacientes hospitalizados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora aponta com riscos: "A coleta de informações por meio da entrevista direcionada por perguntas norteadoras não oferece risco imediato aos participantes, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, uma vez que algumas perguntas por abordarem sua opinião pessoal sobre o tema em pesquisa, podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou ocasionar um leve cansaço após responder a entrevista. Na presença de alguma dessas possibilidades, o(a) participante poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Também está assegurado que serão escolhidos o momento, o local e as condições adequadas tanto para fazer o convite de participação da pesquisa, como também de realização da entrevista a fim

de evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano. Caso o (a) participante, em qualquer momento da pesquisa, se sinta prejudicado (a) por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo, ele (a) será acolhido pela a equipe de pesquisa no intuito de amenizar eventuais danos".

Como benefícios indiretos: "Os benefícios desta pesquisa se referem ao conhecimento das concepções dos participantes sobre a espiritualidade e a consequente aproximação

desses profissionais ao referido tema, podendo contribuir para a melhoria do cuidado ao paciente hospitalizado, com base na sua integralidade. A partir dos resultados obtidos poder-se-á pensar em recursos mais abrangentes e de maior seguimento para aprofundamento do tema e melhoria nos processos de trabalho institucionais."No TCLE a pesquisadora aponta não haver benefícios diretos aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância científica e social, está bem estruturada e fundamentada teoricamente; respeitando os princípios éticos da Resolução 466/2012.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 2.061.823

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: adequada e constando o número de 25 participantes;
- Documento sobre informações do projeto na plataforma Brasil:foi revisto e está adequado;
- Enviado o Termo de Autorização da Instituição onde serão recrutados os participantes;
- Projeto de pesquisa e instrumento de coleta de dados enviados
- TCLE:revisto e adequado;
- Cronograma foi revisto e está adequado.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831337.pdf	19/04/2017 16:16:01		Aceito
Outros	Instrumentocoletadados.docx	04/04/2017 10:31:33	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito
Outros	Termoautorizacao.pdf	04/04/2017 10:26:38	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/04/2017 10:21:05	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/04/2017 10:20:22	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_BRUNA.docx	01/04/2017 13:38:25	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_bruna.pdf	21/12/2016 11:55:16	BRUNA TEIXEIRA PINTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.061.823

SAO CARLOS, 13 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br