

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

BRUNA TEIXEIRA PINTO

**TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL
NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER
ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE**

São Carlos

2025

**TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL
NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER
ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE**

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

BRUNA TEIXEIRA PINTO

**TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL
NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER
ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para obter o título de Doutor em Terapia Ocupacional.

Linha de pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

São Carlos

2025



DECLARAÇÃO

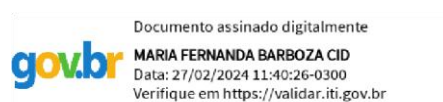
DECLARAMOS, para os devidos fins, que Bruna Teixeira Pinto, em 29/02/2024, defendeu a Tese de Doutorado intitulada “TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE”, tendo sido APROVADO(A).

DECLARAMOS ainda que a Comissão Julgadora foi constituída pelos seguintes membros:

Membros efetivos:

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim , orientador(a) e presidente	PPGTO/UFSCar
Profa. Dra. Maria Luiza Gazabim Simões Ballarin	PUC-Campinas
Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer	PPGTO/UFSCar
Prof. Dr. Victor Augusto Cavaleiro Corrêa	UFPA
Profa. Dra. Catalina Camas Cabrera	USP - Campus Ribeirão Preto

Esta declaração tem validade de até 60 dias, período que a aluna dispõe para entrega da versão final de sua dissertação.



São Carlos, 29/02/2024

Coordenação do PPGTO/UFSCar

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.

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 à profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim por todo o conhecimento passado e por participar da concretização desse estudo.

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.

Ao meu companheiro de caminhada, Matheus Campanini Mughrabi, que, ao longo dessa pesquisa, me ensinou sobre parceria, companheirismo, incentivo e que me trouxe o presente mais sagrado e a possibilidade do desempenho do papel mais transcendente que existe, o de mãe.

À nossa filha, Liz, luz na minha vida, a personificação do meu sagrado!

Por fim, agradeço ao destino, se é que ele existe, por ter me permitido 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 da capacidade de 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 paciente/equipe/cuidado em saúde. Este estudo teve por objetivo caracterizar as ações da terapia ocupacional com os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e os cuidadores familiares, na abordagem da dimensão espiritual sob a perspectiva da ocupação, no contexto da hospitalização. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 23 terapeutas ocupacionais, 9 pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e 16 cuidadores familiares. A coleta de dados foi conduzida por meio de questionário *online* e entrevista aberta constituída de questões norteadoras, as quais foram examinadas por meio de análise de conteúdo temática. Este estudo evidencia que a espiritualidade é uma dimensão intrínseca à experiência de pacientes com doenças crônicas e de seus cuidadores, presente tanto no contexto doméstico quanto hospitalar. Aponta para a importância de reconhecer e fortalecer a dimensão espiritual no cuidado hospitalar como uma estratégia terapêutica que amplia a potência do cuidado em contextos de adoecimento. Incorporada à prática do terapeuta ocupacional por meio de atividades significativas e cuidado humanizado, contribui para o enfrentamento do adoecimento, o fortalecimento do sentido de vida e a promoção do bem-estar, integrando saúde e desempenho ocupacional. O estudo reforça a necessidade de avanços teóricos, éticos e formativos para que a espiritualidade seja incluída de modo consciente, respeitoso e fundamentado no campo da Terapia Ocupacional.

Palavras-Chave: espiritualidade, doenças crônicas, Terapia Ocupacional, hospital

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 characterize the actions of occupational therapy with patients with chronic non-communicable diseases and family caregivers, in approaching the spiritual dimension from the perspective of occupation, in the context of hospitalization. This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 23 occupational therapists, 9 patients with non-communicable chronic diseases and 16 family caregivers. Data collection was conducted through an online questionnaire and an open interview consisting of guiding questions, which were examined using thematic content analysis. The study shows that spirituality is intrinsic to the experience of patients with chronic illness and their caregivers, present in both home and hospital contexts. It highlights the importance of recognizing and strengthening the spiritual dimension in hospital care as a therapeutic strategy that enhances the effectiveness of care in contexts of illness. When incorporated into occupational therapist's practice through meaningful activities and humanized, person-centered care, spirituality contributes to coping with illness, strengthening life's sense of meaning, and promoting well-being, integrating health and occupational performance. The study underscores the need for theoretical, ethical, and educational advances so that spirituality is included in a conscious, respectful, and well-grounded manner within the field of Occupational Therapy.

Key words: spirituality, chronic diseases, occupational therapist, hospital

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 1 – Participantes terapeutas ocupacionais.....	61
Quadro 1 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 1 – Participantes terapeutas ocupacionais.....	61
Quadro 2 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 1 – Participantes terapeutas ocupacionais.....	77
Quadro 3 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 3 do Estudo 1 – Participantes terapeutas ocupacionais.....	100
Figura 2 – Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	115
Quadro 4 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	116
Quadro 5 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	130
Figura 3 – Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	143
Quadro 6 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	144
Quadro 7 – Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.....	53
Tabela 2: Tempo de profissão e de atuação hospitalar dos participantes terapeutas ocupacionais - Estudo 1.....	54
Tabela 3: Atuação profissional dos participantes terapeutas ocupacionais no contexto hospitalar – Estudo 1.....	55
Tabela 4: Crença dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.....	57
Tabela 5: Práticas espirituais dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.....	58
Tabela 6: Práticas religiosas dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.....	59
Tabela 7: Caracterização sociodemográfica dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.....	109
Tabela 8: Práticas espirituais dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.....	110
Tabela 9: Práticas religiosas dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.....	111
Tabela 10: Caracterização sociodemográfica dos participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.....	112
Tabela 11: Caracterização do papel de cuidador desempenhado pelos participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.....	113

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAOT – Canadian Association of Occupational Therapists

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COVID – Corona Virus Disease

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCR – Doença Renal Crônica

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC – Doença Renal Crônica

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Human Immunodeficiency Virus

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MCDO – Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 SAÚDE E CUIDADO ESPIRITUAL.....	16
1.2 ESPIRITUALIDADE X RELIGIÃO.....	24
1.3 O HOSPITAL.....	28
1.4 CUIDADO AOS CUIDADORES FAMILIARES E AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	31
1.5 TERAPIA OCUPACIONAL, OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE..	36
2. JUSTIFICATIVA.....	41
3. OBJETIVO GERAL.....	43
3.1 Estudo 1.....	43
3.1.1 Objetivo primário.....	43
3.1.2 Objetivos secundários.....	43
3.2 Estudo 2.....	44
3.2.1 Objetivo primário.....	44
3.2.2 Objetivos secundários.....	44
4. METODOLOGIA.....	44
4.1 Tipo de estudo.....	44
4.2 Local do estudo.....	45
4.3 População do estudo e critérios de elegibilidade.....	46
4.4 Recrutamento e Procedimentos de coleta de dados.....	47
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	49
4.6 Análise dos dados.....	51
4.7 Aspectos éticos.....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1. Estudo 1.....	52
5.1.1 Caracterização dos participantes.....	52
5.1.2 Categorias de análise.....	60
5.2. Estudo 2.....	109
5.2.1 Caracterização dos participantes.....	109
5.2.2 Categorias de análise.....	114

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
7. REFERÊNCIAS.....	181

APÊNDICE A: CARTA CONVITE ENVIADA POR E-MAIL

APÊNDICE B: CARTA CONVITE DIVULGADA NAS REDES SOCIAIS

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES TERAPEUTAS OCUPACIONAIS – ESTUDO 1

APÊNDICE D: QUESTIONÁRIO *ONLINE* PARTICIPANTES TERAPEUTAS OCUPACIONAIS – ESTUDO 1

APÊNDICE E: APROVAÇÃO COLETA DE DADOS SANTA CASA

APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – ESTUDO 2

APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – ESTUDO 2

APÊNDICE H: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARTICIPANTES PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – ESTUDO 2

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARTICIPANTES CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – ESTUDO

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, desde a formação da sociedade humana, tem se organizado de forma interligada às práticas religiosas (Vasconcelos, 2011).

Pratta e Santos (2009) discorrem sobre a relação entre saúde, doença e espiritualidade. Os autores relatam que as primeiras concepções de saúde e doença se relacionavam às entidades sobrenaturais e às crenças religiosas. Já no período da Idade Média (século V - século XV), além das explicações sobrenaturais, as manifestações orgânicas relacionadas ao meio físico e social também passaram a ser vistas como doenças. Ainda, os autores, complementam esclarecendo que, nessa época, levava-se em consideração a interação corpo e alma, buscando tratar os enfermos a partir do meio social e espiritual.

No entanto, 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 a relação entre elas. Assim, do Renascimento (final do século XV ao início do século XVI) até o século XIX, sob influência da filosofia positivista 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 (Pratta, Santos, 2009). 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 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 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. 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, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros (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.

Esse novo paradigma também influenciou, diretamente, a prática exercida pelo profissional de saúde, que precisou rever o seu posicionamento frente ao sujeito cuidado, requerendo o desenvolvimento de uma postura mais sensível frente ao sofrimento do outro (Pratta, Santos, 2009). Tal 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 (OMS, 1998).

Dessa forma que, historicamente, a dimensão espiritual volta a ser inserida e valorizada dentro do conceito de saúde, trazendo um novo olhar para o cuidado daquele 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 século XXI. O autor 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), mas é também espírito, aquele momento de consciência no qual ele se sente parcela do todo, ligado e religado a todas as coisas, conectado com algo superior.

A visão espiritual continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde-doença (Vasconcelos, 2011). Entre os usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância da vivência espiritual no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves. Também entre muitos profissionais de saúde é bastante reconhecida a importância dessa vivência 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 (Reginato, De Benedetto, Gallian, 2016).

Nesse contexto de cuidado em saúde, Pessini (2010) traz a relação entre *saúde, salvação e cuidado terapêutico*. Relata que saúde se refere 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, instrumento normativo internacional que trata das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos, adotado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (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).

Dentro desse contexto histórico sobre a relação entre saúde-doença-espiritualidade, faz-se importante destacar também o direito, há muito tempo instituído, na Constituição Federal sobre a liberdade de crença no Brasil.

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.

Por isso é cada vez mais comum existirem espaços inter-religiosos nas instituições de saúde compostos de acomodações para um grupo de pessoas, 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).

Em decorrência da pluralidade de religiões e crenças existentes no Brasil, ainda é possível a discordância entre as convicções religiosas de

pacientes, familiares e equipe médica. Essa pode ser uma das justificativas da ocorrência, ainda presente na nossa realidade, de práticas como o proselitismo e as limitações na manifestação das necessidades espirituais de pacientes e familiares (Saporetti, 2009).

Um estudo realizado com 28 pacientes crônicos e 27 médicos em um hospital de médio porte localizado no município de Maringá, que teve como objetivos avaliar a influência da espiritualidade na vivência do doente crônico e a percepção do médico frente ao tema em sua rotina de trabalho, demonstrou que 89% destes pacientes 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 a sua espiritualidade durante o atendimento. Os autores ilustram esse dado expondo uma situação vivenciada por um paciente em que os profissionais começaram a rir quando ele trouxe a figura de Deus como atuante na melhora de sua saúde, dizendo serem os próprios profissionais os responsáveis por tal conquista (Aires, De Carvalho, 2015).

Pesquisa recente intitulada *“Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico”* cujos objetivos foram compreender como pacientes com câncer e em cuidados paliativos vivenciam sua espiritualidade/religiosidade no processo de tratamento da doença e o modo como essa dimensão se manifesta no enfrentamento do câncer trouxe resultados significativos. Mostrou que para alguns pacientes a dimensão espiritual/religiosa exerceu o papel de sustentação e esperança, enquanto que para outros, o papel de calma e aceitação no enfrentamento das demandas advindas da vivência do câncer durante a internação hospitalar. Dessa forma, os autores afirmam que o modo como essas pessoas reagem, automanejam-se e lidam com o sofrimento por meio de um *copping* positivo de base religiosa/espiritual contribui para decifrar as grandes questões da vida com seus ritos, mitos e símbolos, sejam eles religiosos ou não. Além disso, o estudo apontou que a manutenção de uma rotina no ambiente hospitalar que ofereça condições para a expressão religiosa/espiritual dos pacientes reverberou na

qualidade de vida global dessas pessoas que, além de terem seus valores e crenças respeitados, puderam se envolver em uma experiência rica em sentidos para suas vidas e que pode se mostrar singularmente importante na evolução de seu quadro clínico e para o modo como encaram o adoecimento e a finitude (Araújo *et al.*, 2022).

Como se pode perceber, os estudos atuais mantêm-se congruentes com os realizados anteriormente, como o de Koenig (2001), que apontou que 90% dos pacientes relataram considerar as crenças religiosas e suas práticas como formas importantes pelas quais enfrentam e melhor aceitam suas doenças físicas. Além disso, mais de 40% dos pacientes avaliaram a religião como o recurso mais importante no auxílio dos momentos de adoecimento.

Os benefícios da inclusão e da validação da dimensão espiritual dos pacientes no cuidado em 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 *et al.*, 2012, p. 185).

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) classifica a angústia espiritual como um Diagnóstico de Enfermagem desde 1978. Essa angústia espiritual ocorre quando um indivíduo questiona suas crenças, sua esperança e sua vontade de viver, principalmente, diante do sofrimento. De acordo com a 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 (Sá, 2009). A classificação da angústia espiritual como um

diagnóstico de enfermagem, ou seja, reconhecendo e relacionando a espiritualidade à saúde, constitui mais um aspecto relevante para justificar a importância dessa dimensão no cuidado ao paciente.

Um 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 há muitos anos 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.

Portanto, pode-se perceber 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 adoece (Arrieira *et al.*, 2017).

Estudos mostram que, de modo geral, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com as manifestações de desconforto emocional e de sofrimento por parte do paciente e de seus familiares, muitas vezes não se atentando aos sinais de espiritualidade expressos por eles (Arrieira *et al.*, 2017; Rossato *et al.*, 2012). Porém, apesar das dificuldades, os

profissionais demonstram o desejo de ampliar a aplicabilidade dos conceitos da espiritualidade em sua prática profissional (Nascimento *et al.*, 2013).

Uma das justificativas para essa dificuldade na abordagem pode estar relacionada ao desconhecimento ou o pouco conhecimento que os profissionais têm sobre a questão da espiritualidade no cuidado em saúde; apesar de reconhecerem a importância dessa dimensão na vida dos pacientes, dos familiares e na vida pessoal, contribuindo com a promoção da qualidade de vida, melhor enfrentamento e maior eficácia de tratamentos de saúde (Arrieira *et al.*, 2018; Pinto, 2018; Cardoso *et al.*, 2023).

Duas revisões integrativas sobre o tema que analisaram estudos de 2011 a 2016 e de 2017 a 2022 apontaram que a formação acadêmica para a abordagem espiritual, assim como os treinamentos adicionais nos contextos terciários, são inexistentes ou inadequados; acreditando-se que a não revisão das grades curriculares na área da saúde, conseqüentemente não contempla a reformulação do conceito de saúde realizada pela OMS em 1999, momento em que passou a incluir a dimensão espiritual (OMS, 1999; Thiengo *et al.*, 2019; Cardoso *et al.*, 2023). 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). Além disso, essa falta ou a inadequação da formação acentua a cisão entre ciência e espiritualidade, favorecendo compreensões equivocadas e preconceituosas sobre a espiritualidade e invisibilizando a importância dessa dimensão nos processos de saúde/doença (Thiengo *et al.*, 2019; Cardoso *et al.*, 2023).

Em consonância com tais autores, Reginato, De Benedetto, Gallian (2016) trazem que o contexto de busca pelo sucesso terapêutico baseado na bioquímica da vida, contribuiu, ao longo dos anos, 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. Por fim, os autores reforçam a necessidade do profissional estar atento a este elemento presente nos pacientes.

Sabe-se que a própria atuação do profissional de saúde, muitas vezes submetida à constante tensão, decorrente do cuidado destinado às 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 (Negromonte, Araújo, 2011). Assim, 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 (Longuiniere *et al.*, 2018). Portanto, 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*.

Para tanto, o primeiro passo é a compreensão do conceito de espiritualidade. Do que estamos falando?

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.

O termo religião vem do latim “*religare*” que é definida como a crença na existência de forças metafísicas, criadoras do universo. Envolve

sistematização de culto, dogmas, crenças, rituais e práticas, compartilhados por um grupo de pessoas, contribuindo, portanto, para a organização social, orientação moral e segurança, uma vez que estabelece dogmas, preceitos morais e éticos que devem ser adotados e obedecidos. Além disso, a religião constitui a identidade pessoal e social dos indivíduos, favorece o acesso ao sagrado, oferece um significado da vida além da realidade terrena e explicações para as ocorrências misteriosas, como a própria morte (Fleck *et al.*, 2003; Guimarães, Avezum, 2007; Souza *et al.* 2012; Araújo, 2015).

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”.

Por sua vez, alguns autores consideram desafiador encontrar uma definição para espiritualidade, uma vez que nenhuma das existentes consegue abranger todo o seu significado (Nascimento *et al.*, 2013). 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, 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. Portanto, pode-se dizer que a espiritualidade é mais ampla que a religião, se relaciona a valores íntimos, de completude interior e conexão com o outro, buscando a unidade com a vida, com a natureza, com o Universo (Guerrero *et al.*, 2011). Compreende a busca individual pelo sentido da vida, da relação com

o sagrado e das questões relacionadas à vivência e ao fim da vida terrena, podendo ou não, levar à realização de práticas religiosas (Koenig *et al.*, 2012).

Desde 2001, a OMS 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 (OMS, 2001). 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 *et al.*, 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 (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 (Arriera, 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. O autor ainda segue complementando que quando o homem alcança a sua totalidade, alcança a plena realização das potencialidades do seu *self*.

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 *et al.* (2007), a transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida a medida em 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). 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 *et al.*, 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).

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).

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, o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo que não a reconheça (Trevizan *et al.*, 2000). Porém, mesmo considerando a espiritualidade como inerente à espécie humana, Viktor Frankl (2009), psiquiatra austríaco criador de um método terapêutico baseado na busca pelo sentido da vida, mundialmente conhecido após descrever sua dramática experiência em quatro campos de concentração nazistas, enfatiza que em muitos momentos esse sentido necessita ser resgatado, e a proximidade com situações ameaçadoras da vida serve de estímulo para essa busca, se tornando uma porta para a transcendência.

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 (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 (Gussi, Dytz, 2008).

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 (Mezzomo, 2010; Silva, 2010).

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 (Gussi, Dytz, 2008).

O SUS tem como objetivo de prover uma atenção integral e universal, tanto preventiva quanto curativa, por meio da gestão e da 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. 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 (Paim *et al.*, 2011). 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).

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

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 entre o ambiente domiciliar/social e o hospitalar (Silva, 2010).

Acredita-se que os avanços tecnológicos na área da saúde tenham ocasionado mudanças significativas na assistência prestada, inclusive naquelas desenvolvidas em 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 aos cuidadores familiares e aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

O cuidar é inerente à vida humana, uma vez que é indispensável para a preservação e manutenção das condições de vida (Mendonça *et al.*, 2012). No entanto, é um ato extremamente complexo, exercido por meio de processos relacionais, interativos e associativos, 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 (Mendonça *et al.*, 2012; 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.

O “se sentir doente”, por sua vez, 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 elas (Linck *et al.*, 2008). 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, saúde e doença 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, 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; Pereira, Barros, 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. O grande predomínio das doenças crônicas ainda afeta 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 a população brasileira.

Doenças crônicas são entendidas pela medicina como aquelas de longa duração, limitantes, com grande risco de complicações e de consequentes interferências e desadaptações 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).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes a cada ano, ou seja, 71% de todas as mortes no mundo. As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar (17,9 milhões), seguidas por câncer (9,3 milhões), doenças respiratórias (4,1 milhões) e diabetes (1,5 milhão) (OMS, 2021).

Um estudo analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 a fim de investigar a utilização de serviços de saúde e a limitação das atividades habituais entre adultos e idosos com e sem doenças crônicas não transmissíveis, segundo estratos sociodemográficos. A PNS consiste num inquérito domiciliar de base populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Os resultados mostraram que quase metade dos adultos e idosos (47,6%) relataram ter uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis e o uso de serviços de saúde foi mais intenso por esse público. Quem referiu ter DCNT apresentou aumento de 21% na realização de consultas médicas nos últimos 12 meses; de 100% no uso de serviços de saúde nas últimas duas semanas; de 110% na

ocorrência de internação; e de 152% na limitação da realização de atividades habituais do cotidiano. Além disso, o estudo também identificou expressivo aumento na utilização de serviços de saúde conforme a ampliação do número de comorbidades. Pessoas com quatro ou mais DCNTs utilizaram cerca de três vezes mais os serviços de saúde em comparação com quem não as tem (Malta *et al.*, 2019).

O impacto das doenças crônicas no sistema de saúde tem sido foco das pesquisas nos últimos anos. De acordo com *World Economic Forum*, a perda econômica estimada das doenças crônicas não transmissíveis no período entre 2011 e 2030 pode chegar até 47 trilhões de dólares, o equivalente à 5% do produto global bruto no tempo considerado (Goulart, 2013).

O aumento da carga de doenças por esse grupo de causas está relacionado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, e disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Essas doenças englobam várias condições de saúde que apresentam em comum sua origem multifatorial, associado à exposição prolongada a fatores de risco modificáveis, que promovem lesões, incapacidades e óbitos (Simões *et al.*, 2021).

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 agravo 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.

Em relação aos impactos de uma enfermidade crônica para os pacientes, a literatura apresenta estudos acerca da dimensão espiritual no enfrentamento do longo processo de adoecimento.

Um estudo que avaliou a influência da espiritualidade na vivência de um adoecimento crônico, identificou que 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 (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).

Na doença crônica é comum que os sujeitos apresentem incapacidades permanentes ou transitórias, necessitando de um cuidador. Na maioria das vezes, é um familiar que acaba assumindo esse papel e que, para desempenhá-lo necessita, por vezes, conciliar com o trabalho fora e dentro de casa, reduzindo drasticamente seu tempo livre (Meira *et al.*, 2017). Isso acaba tornando frequente a chance do cuidador familiar negligenciar o próprio autocuidado, trazendo prejuízos para a sua qualidade de vida, em detrimento do cuidado ao sujeito enfermo; levando-o a uma sobrecarga física e emocional (Cabral, Nunes, 2015; Reis *et al.*, 2017).

Para a Terapia Ocupacional, quando uma pessoa se torna o cuidador principal de um familiar, ele assume um novo papel ocupacional, que se soma aos outros papéis em exercício. Assim, compreender a forma como ele é desempenhado em conjunto com os demais papéis assumidos auxilia no desenvolvimento do equilíbrio das diversas áreas de desempenho ocupacional do sujeito (Dahdah, Carvalho, 2014).

As demandas relacionadas ao próprio processo de cuidar ultrapassam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico (Sommerhalder, 2001). No caso do cuidador familiar que cuida do ente no próprio domicílio, tais questões relacionadas ao ato de cuidar se somam às diferentes funções já desempenhadas, como as responsabilidades com a casa, com a

família, com o trabalho, culminando em um acúmulo de tarefas (Vieira *et al.*, 2012).

A opção em ser cuidador de um familiar, na maioria das vezes, não vem de uma escolha própria e, sim, de uma necessidade presente na família. A pessoa assume o papel de cuidador pela inexistência de outra opção, ou seja, de outro familiar para ocupar esse papel, não havendo a possibilidade de questionamentos quanto ao desejo, disponibilidade e querer. Desta forma, a pessoa se torna responsável pelo suporte às necessidades do familiar de maneira repentina, tendo que enfrentar as dificuldades, a superação de obstáculos e a adaptação a uma nova rotina de vida (Gomes, Resck, 2009; Lipp, 2012; Barros *et al.*, 2013; Guimarães, Ximenes *et al.*, 2014).

Pode-se então afirmar que a essência do cuidar está contida na relação de obrigação e de responsabilidade pela pessoa dependente e nas relações de proximidade e intimidade que a situação envolve. Esse papel é baseado em expectativas sociais de parentesco, gênero e idade (Sommerhalder, 2001).

Portanto, como se pode perceber, a doença crônica impacta tanto pacientes quanto cuidadores familiares, exigindo, muitas vezes, uma reorganização do estilo de vida. A dimensão espiritual, além de trazer sentido às ocupações que o indivíduo desempenha no seu dia a dia, é apontada como um recurso favorável no enfrentamento dessas comorbidades, bem como de seus impactos. O terapeuta ocupacional é o profissional da saúde capacitado em trabalhar com as ocupações diárias visando a qualidade de vida dos indivíduos. Sendo assim, como esse profissional pode contribuir na atuação junto da dimensão espiritual de pacientes crônicos e de seus cuidadores familiares?

1.5 Terapia Ocupacional, Ocupação e Espiritualidade

A terapia ocupacional surgiu nos hospitais no início do século XX nos Estados Unidos da América (EUA) e, em meados do mesmo século, no Brasil (De Carlo, Bartalotti, 2001; Galheigo, 2008). Dessa forma, sua origem está estreitamente relacionada aos contextos hospitalares, com uma atuação marcada pelo uso de diferentes tipos de ocupações, especialmente voltadas à

atenção aos sujeitos com condições crônicas, em articulação com áreas médicas correlatas (De Carlo, Bartalotti, 2001). Foi a partir da crítica e da desconstrução do modelo de terapia ocupacional hospitalocêntrico, que os demais campos de conhecimento e prática da profissão foram sendo criados (Galheigo, 2008).

Ao longo do processo de construção da identidade profissional da terapia ocupacional alguns princípios básicos universais e consensuais permearam e sustentaram tal processo, como: a preocupação com a atividade humana e com as relações entre ocupação, saúde e bem-estar; a busca pela autonomia e o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e desempenho ocupacional; a ampliação das possibilidades de participação social e qualidade de vida; o desenvolvimento de métodos e técnicas para o uso de atividades como instrumento de tratamento e/ou transformação do homem e de seu ambiente e o uso de atividades como forma de expressão e comunicação (Feriotti, 2017).

A atuação da terapia ocupacional no contexto hospitalar consiste em compreender e intervir nas manifestações e descontinuidades da cotidianidade ocasionadas pelas diversas situações de adoecimento com ações fundadas na integralidade e na humanização do cuidado sendo, portanto, imprescindível, que o terapeuta ocupacional, além do conhecimento técnico-científico, busque adquirir o conhecimento histórico-cultural do sujeito (Galheigo, 2008; Santos, De Carlo, 2013).

Nesse cenário, é crescente o interesse na terapia ocupacional sobre o tema da espiritualidade (De Carlo, 2021). No entanto, apesar do elevado número de estudos, ainda existe um debate significativo e contínuo sobre o conceito de espiritualidade na terapia ocupacional. Como a espiritualidade pode ser definida e no que a sua aplicação clínica pode implicar são questões relevantes desse discurso (HEARD, 2023).

De maneira geral, estudantes e profissionais da terapia ocupacional consideram os componentes de desempenho físico, afetivo, cognitivo e psicossocial em suas avaliações e em seus planos terapêuticos, e acreditam que a espiritualidade auxilia seus pacientes a lidarem com dificuldades cotidianas. No entanto, ainda existe uma lacuna entre a teoria e o que é realmente avaliado e praticado pelos terapeutas ocupacionais. O componente espiritual ainda não está incorporado em sua prática profissional e muitos

modelos teórico-metodológicos da profissão ignoram as relações entre corpo-mente-espírito (De Carlo, 2021).

O Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), a partir de uma dimensão holística, reconhece que a saúde está ancorada no desempenho ocupacional, dotado de sentido para a pessoa e adequado ao seu momento de vida. Define quatro componentes desse desempenho (mental, físico, sociocultural e espiritual) que os indivíduos integram para atingir três áreas de desempenho ocupacional: autocuidado, produtividade e lazer. Destaca ainda que a compreensão do desempenho de cada sujeito está intrinsecamente relacionada às suas condições sociais, econômicas, físicas, ambientais e culturais; sendo, portanto, o resultado dessa interatividade entre indivíduo e contexto. Define como objetivo da intervenção terapêutica ocupacional, a prevenção de incapacidades e a promoção, manutenção ou restauração do desempenho ocupacional (Mângia, 2002).

Este modelo, além de reconhecer a espiritualidade como um aspecto importante do indivíduo, a considera um elemento chave da motivação para o envolvimento do sujeito em ocupações que dão sentido à sua vida (CAOT, 2014).

Em 2002, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) reconheceu a importância da espiritualidade e a incluiu no documento *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*. Em sua primeira edição, a espiritualidade figurava como um contexto de *desempenho* e na segunda e terceira edições, como um dos *fatores do cliente* (AOTA 2002; AOTA, 2008; AOTA, 2014). *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*, é o documento oficial da AOTA que descreve os conceitos centrais que fundamentam a prática da terapia ocupacional e constrói uma compreensão comum dos princípios básicos e a visão da profissão. Tal documento é utilizado para orientar a prática da terapia ocupacional em conjunto com o conhecimento e as evidências relevantes para a ocupação e para a terapia ocupacional dentro das áreas de prática e com os clientes apropriados (Cavalcanti *et al.*, 2015).

Na prática da terapia ocupacional se encontram diferentes definições de espiritualidade, desde as não relacionadas com uma crença (significado, força vital, propósito de vida, transcendência) até definições

relacionadas com alguma entidade superior, podendo-se incluir na terapia atividades espirituais para promoção da saúde e do bem-estar (Egan, Swedersky, 2003).

Neste sentido, é importante pontuar que qualquer ponto de vista sobre espiritualidade, religião e religiosidade sempre estará associado à subjetividade e às vivências dos autores em relação a esses temas, sejam elas positivas ou negativas. Assim, é possível, que a maneira adotada por um terapeuta ocupacional de valorizar a espiritualidade no contexto clínico da profissão não seja compartilhada por outros colegas (Araújo *et al.*, 2014). Portanto, não faz sentido falar em certo ou errado, mas em uma tentativa, uma abertura em reconhecer a espiritualidade enquanto um fator vinculado à motivação dos clientes, capaz de atribuir sentido à vida e, portanto, intimamente ligada à forma, à função e ao significado das ocupações (AOTA, 2014). Essas qualidades tornam a espiritualidade elementar nas intervenções cujo foco esteja voltado para o desempenho ocupacional dos clientes (Araújo *et al.*, 2014).

Sendo assim, o terapeuta ocupacional não pode deixar de contemplar a dimensão espiritual e religiosa de seus clientes sob o receio de que uma abordagem ou valorização dessas questões possa ser entendida como não científica: “[...]uma prática terapêutica ocupacional espiritualmente integrada não será menos científica do que qualquer outra abordagem terapêutica” (Araújo *et al.*, 2014, p. 17). Negar a dimensão espiritual das pessoas nos diversos contextos de atenção à saúde é desconsiderar a impressão religiosa que marca os símbolos e a linguagem das diferentes culturas, nas quais, mesmo que não percebamos, nos faz vias de difusão e manifestação de valores e crenças dos inúmeros sistemas religiosos que nos cercam (Araújo *et al.*, 2014).

De acordo com Egan e DeLaat (1994), a consideração do aspecto espiritual da vida é multifacetada, uma vez que envolve o reconhecimento de que os indivíduos possuem necessidades espirituais além das necessidades materiais; a crença no valor inerente a todos os seres e a reflexão sobre a interconectividade dos indivíduos e o impacto de nossas ações nos outros. As autoras propõem que a preocupação com a espiritualidade é central para a prática da terapia ocupacional e, geralmente, está implícita e oculta no porquê, no como se faz e no que é feito na terapia ocupacional.

Para tais autoras, o “porquê se faz terapia ocupacional” parte-se do conceito de justiça social, reconhecendo o valor de todo indivíduo e advogando o seu direito de realizar ocupações.

Já em relação ao “como se faz a terapia ocupacional”, Egan e DeLaat (1994) afirmam que os terapeutas ocupacionais apresentam uma preferência pela prática dentro de uma estrutura holística, com ênfase na capacitação e com reflexões sobre as características da relação cliente-terapeuta, considerando suas limitações e crescimento pessoal.

Por fim, “o que é feito na terapia ocupacional” consiste em envolver os clientes nas ocupações, permitindo a conexão com os outros e a criação de significado, ou seja, reconhecendo e atendendo as necessidades espirituais dos clientes (Egan, Delaat, 1994).

Visando a importância do termo para melhor compreensão da atuação da terapia ocupacional, cabe explicar sobre as definições de “ocupações”.

De acordo com a Associação Canadense de Terapia Ocupacional (CAOT, 2014), ocupações se referem às atividades cotidianas realizadas entre os indivíduos, em famílias e em comunidades, trazendo sentido e propósito à vida. Ocupações incluem coisas que as pessoas precisam, querem e devem fazer (Wilcock, Townsend, 2014).

O termo “ocupações” se refere às atividades nas quais as pessoas se envolvem, podendo englobar a necessidade de execução de múltiplas atividades para sua conclusão, bem como resultar em vários efeitos. Elas ocorrem dentro de um contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. São realizadas ao longo do tempo; possuem um propósito, um significado e uma utilidade para o cliente; podendo ser observadas por outras pessoas ou percebidas apenas pelo cliente em questão (AOTA, 2014).

Araújo, Oliveira e Jaramillho (2014) trazem o conceito de ocupações hierofânicas como aquelas em que se experiencia uma manifestação do Sagrado, não sendo necessariamente ocupações religiosas. Para melhor esclarecer o termo, ilustram com o exemplo da camareira católica que descobre que irá arrumar o quarto onde o Papa ficará hospedado. *“Nessa situação poderá haver uma profunda alteração no significado da ocupação desta camareira, e em*

maior escala, poderá também haver repercussão na forma e na função ocupacional, se ela entender que arrumar o quarto do Papa possui um sentido transcendental e que, por isso, ela deve rezar antes e após a realização da tarefa ou elaborar maneiras diferentes do habitual para envolver-se nesta ocupação” (p. 10).

Assim, as ocupações hierofânicas não são marcadas pelo Sagrado ou impregnadas de espiritualidade de forma automática ou inerente, mas quando os indivíduos que nelas se envolvem e as têm como significativas em suas vidas, lhes atribuem essa qualidade (Araújo *et al.*, 2014).

Isso significa dizer que somente o sujeito ocupacional *“poderá descrever os elementos simbólicos, subjetivos e objetivos que permitem avaliar o caráter hierofânico de determinada ocupação, pois a experiência do Sagrado é pessoal e fundamenta-se na idiosincrasia de cada indivíduo”* (Araújo *et al.*, 2014, p. 9).

Portanto, um caminho possível para abordar a relação entre espiritualidade e ocupação consiste em reconhecer que o processo terapêutico se constitui a partir do encontro entre distintas experiências espirituais. Já que ao buscar atendimento, o cliente não traz ao *setting* terapêutico apenas suas demandas motoras, cognitivas, mentais ou sensoriais, mas também seu universo espiritual. Traz também na composição de sua historicidade, sentidos e significados acerca de sua saúde que estão arraigados a sua visão de mundo e que, por conseguinte, estarão relacionados as suas expectativas em relação ao tratamento e que merecem ser considerados e avaliados por parte do terapeuta ocupacional (Araújo *et al.*, 2014).

De acordo com Heard (2023), para a profissão de terapia ocupacional, mais importante que uma definição de espiritualidade com foco profissional é perceber que a espiritualidade para cada sujeito/família é vivenciada e narrada de maneira única. Dessa forma, no âmbito da clínica, a parte mais importante da espiritualidade de cada sujeito é a forma como ele a define, descreve e a experimenta (Heard, 2023).

2. JUSTIFICATIVA

O grande predomínio das doenças crônicas afeta uma parcela considerável da população; um perfil que representa um enorme desafio para o sistema de saúde brasileiro organizado predominantemente para oferecer cuidados a enfermidades agudas (Paim *et al.*, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes a cada ano, ou seja, 71% de todas as mortes no mundo (OMS, 2021), com gastos econômicos que podem chegar a 47 trilhões de dólares até 2030, o equivalente à 5% do produto global bruto no tempo considerado (Goulart, 2013).

Estudos apontam os impactos causados pelas enfermidades crônicas tanto no sistema de saúde: aumento de consultas médicas, do uso de serviços de saúde e de internações; quanto na vida dos pacientes e de seus cuidadores familiares, trazendo limitações nas atividades habituais do cotidiano e no desempenho de papéis ocupacionais, sentimentos de tristeza, apatia, no sentido de vida e vivências recorrentes no ambiente hospitalar (Gomes, Resck, 2009; Szarecki, Beuter, Brondani, 2009; Lipp, 2012; Barros *et al.*, 2013; Guimarães, Ximenes *et al.*, 2014; Cabral, Nunes, 2015; Meira *et al.*, 2017; Reis *et al.*, 2017; Costa *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2018; Malta *et al.*, 2019).

A literatura aponta a espiritualidade como um importante recurso de enfrentamento das doenças crônicas auxiliando no enfrentamento do adoecimento, na vivência do tratamento em saúde e nas recorrentes internações (Rossato *et al.*, 2012; Nascimento *et al.*, 2013; Chiang, 2014; Aires; De Carvalho, 2015; Contré *et al.*, 2016). Além disso, a manutenção de uma rotina no ambiente hospitalar que ofereça condições para a expressão religiosa/espiritual do paciente pode contribuir para a sua qualidade de vida, para o respeito aos seus valores e crenças, favorecendo a evolução de seu quadro clínico e do modo como encara o adoecimento e a própria finitude (Araújo *et al.*, 2022).

Sabe-se que o cuidado espiritual pertence ao escopo de atuação do profissional da saúde, ou seja, faz parte do papel do profissional mobilizar a existência espiritual daquele que adoece e de sua rede de suporte (Arrieira *et al.*, 2017).

No entanto, no âmbito da terapia ocupacional, encontra-se um número reduzido na literatura especializada sobre como a espiritualidade vem sendo abordada pelos profissionais e sobre a compreensão de como afeta as

ocupações e vice-versa, não deixando claro o papel do terapeuta ocupacional no tratamento das necessidades espirituais dos sujeitos atendidos (Ballarin *et al.*, 2016; Maley *et al.*, 2016). Neste sentido, De Carlo (2021) complementa enfatizando que ainda existe uma lacuna entre a teoria e o que é realmente avaliado e praticado pelos terapeutas ocupacionais, impedindo que o componente espiritual esteja totalmente incorporado em sua prática profissional.

Tais prerrogativas validam a relevância da pesquisa em questão, que visa compreender a relação existente entre ocupação e espiritualidade para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e seus cuidadores familiares durante a vivência hospitalar e investigar aspectos da prática da Terapia Ocupacional voltadas à espiritualidade dessas populações no contexto hospitalar.

3. OBJETIVO GERAL

Caracterizar as ações da Terapia Ocupacional com os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e os cuidadores familiares, na abordagem da dimensão espiritual sob a perspectiva da ocupação, no contexto da hospitalização.

3.1 Estudo 1

3.1.1 Objetivo primário

Conhecer a atuação dos terapeutas ocupacionais voltada à abordagem da dimensão espiritual no contexto hospitalar.

3.1.2 Objetivos secundários

Identificar como os terapeutas ocupacionais atuantes no contexto hospitalar significam a espiritualidade;

Avaliar semelhanças e diferenças na atuação dos terapeutas ocupacionais voltadas à dimensão espiritual no contexto hospitalar;

Verificar elementos (ou aspectos) que influenciam os terapeutas ocupacionais a abordarem a dimensão espiritual no contexto.

3.2 Estudo 2

3.2.1 Objetivo primário

Compreender a relação existente entre ocupação e espiritualidade para os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e os cuidadores familiares durante uma vivência hospitalar.

3.2.2 Objetivos secundários

Identificar como os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis significam a espiritualidade;

Identificar como os cuidadores familiares de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis significam a espiritualidade;

Conhecer como os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e seus cuidadores familiares exercem a própria espiritualidade no contexto intra hospitalar;

Verificar se há expressões da espiritualidade por meio de ocupações na rotina diária extra hospitalar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e de seus familiares cuidadores.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de dois estudos que se caracterizam como estudos descritivos de abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva objetiva caracterizar um determinado fenômeno ou população, buscando identificar sua frequência, causas, relação com outras variáveis, além da natureza dessa relação (Gil, 2014).

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 (Stake, 2011). Minayo (2014) entende a 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, 2014).

Neste tipo de abordagem, o pesquisador faz parte da pesquisa, sendo o seu primeiro instrumento. 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).

4.2 Local do estudo

4.2.1 Estudo 1

O estudo 1 foi desenvolvido em uma plataforma virtual.

4.2.2 Estudo 2

Este estudo foi desenvolvido em um hospital no interior do Estado de São Paulo.

De acordo com o site da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do município no qual o estudo foi desenvolvido, esta é uma instituição privada sem fins lucrativos, inaugurada em 25 de fevereiro de 1902 e localizada na Região Central do Estado de São Paulo. É referência de atendimento para 24 municípios

da região, ultrapassando 900 mil habitantes referenciados em atendimento de urgência e de alta complexidade em Oncologia, Cirurgia Cardíaca e Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular e Endovascular, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Ortopedia nos segmentos de joelho, ombro, quadril e mão. Também é referência em oftalmologia e bucomaxilo, em má formação palato e labial, em transplante de córnea/esclera, busca ativa de órgãos e banco de tecidos oculares humanos. O hospital conta com 174 leitos ativos, sendo 18 de UTI Adulto e é considerado referência regional para o SUS (Sistema Único de Saúde), destinando 90% de seu atendimento mensal. Desde 2011 é certificada como Hospital de Ensino (Santa Casa, 2017).

4.3 População do estudo e critérios de elegibilidade

4.3.1 Estudo 1

A população deste estudo é composta por 23 terapeutas ocupacionais atuantes em hospitais por todo o país.

Foram incluídos os profissionais que atuam no contexto hospitalar brasileiro por no mínimo seis meses e aceitaram participar da pesquisa. Não foram incluídos no estudo os terapeutas ocupacionais que ocupam apenas cargos de gestão.

4.3.2 Estudo 2

A população deste estudo foi composta por 25 participantes, sendo 9 pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e 16 cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis hospitalizados na Santa Casa de um município localizado no interior do Estado de São Paulo.

Foram incluídos os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e os cuidadores familiares hospitalizados de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 que aceitaram participar da pesquisa. Não foram incluídos no estudo os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que estavam inconscientes, desorientados e/ou com algum comprometimento na fala, características

fundamentais para a participação de acordo com o instrumento de coleta definido.

4.4 Recrutamento e Procedimentos de coleta de dados

4.4.1 Estudo 1

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Pesquisa da UFSCar, os terapeutas ocupacionais que apresentaram os devidos critérios de elegibilidade foram chamados a participar do estudo através:

- 1) Convite encaminhado via e-mail (Apêndice A) para os contatos já de conhecimento prévio das pesquisadoras;
- 2) Divulgação do convite da pesquisa nas principais redes sociais: *Facebook®*, *Instagram®* e *Whatsapp®* (Apêndice B).

Todos os meios de divulgação continham o *link* de acesso ao questionário do *Google Forms®*. Aqueles que se interessavam em participar da pesquisa, acessando o *link*, entravam em contato com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) para leitura e possível concordância. No TCLE estavam descritos todas as informações pertinentes, como a justificativa, os objetivos, os procedimentos da metodologia, os esclarecimentos sobre os desconfortos, riscos e benefícios esperados decorrentes da participação na pesquisa, o caráter de participação voluntária e garantia ao sigilo, a ausência de custo ou compensação financeira, a explicitação da garantia de ressarcimento no caso de dano resultante da participação na pesquisa, entre outros aspectos que respondiam às Resoluções CNS n° 466/2012 e CNS n° 510/2016. Após o aceite, os participantes iniciavam a resposta ao questionário (Apêndice D).

O formulário de pesquisa foi disponibilizado para o público em dois momentos: de junho até julho e de outubro a novembro de 2021. Tal medida foi adotada considerando o contexto de pandemia em que a pesquisa foi realizada e a dificuldade de obter potenciais participantes. Dessa forma, a possibilidade do Estudo 1 estar disponível por mais tempo pareceu uma estratégia apropriada e que resultou em maior divulgação e mais participantes.

4.4.2 Estudo 2

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Pesquisa da UFSCar foi solicitada uma reunião com o Comitê de Pesquisa do Hospital Santa Casa via contato telefônico. Nesta reunião, previamente agendada, foi realizada a apresentação do projeto pela pesquisadora responsável, solicitando coleta de dados na instituição. Após aprovação para coleta de dados pelo Hospital Santa Casa (Apêndice E), foi realizada nova reunião para orientação quanto aos fluxos da instituição, dias, horários e andar destinado à realização da pesquisa considerando o perfil populacional da mesma. Os pacientes e os cuidadores familiares internados no respectivo andar da instituição hospitalar foram selecionados com base nas informações contidas em prontuário físico que a pesquisadora responsável teve acesso. Aqueles que apresentaram os critérios de elegibilidade definidos no estudo foram convidados a participar da pesquisa através de um convite verbal realizado no próprio leito pela pesquisadora responsável. Foram convidados pacientes e cuidadores familiares que se enquadravam nos critérios de elegibilidade de forma individualizada, não requerendo ser, necessariamente, pacientes com os seus respectivos cuidadores familiares. Alguns pacientes se encontravam sem acompanhantes, outros com mais de um cuidador familiar e, também, haviam pacientes confusos e desorientados com seus cuidadores familiares.

O convite verbal foi realizado no próprio leito pela pesquisadora responsável, destinado aos pacientes e cuidadores familiares que se enquadravam nos critérios de elegibilidade, no qual foram esclarecidos 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. 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 decidissem participar da pesquisa.

Seguido dos esclarecimentos, foi perguntado aos pacientes e cuidadores familiares o desejo em participar do estudo. Após o aceite, o momento das entrevistas foi previamente acordado, mesmo com o paciente hospitalizado, priorizando pelo melhor momento da rotina de cuidados, período em que se sentiam mais dispostos, buscando facilitar a participação, favorecer o conforto e

segurança dos participantes, prezando pelo sigilo e privacidade e respeitando as recomendações da instituição de saúde.

No momento escolhido pelo potencial participante, foi entregue o TCLE para o paciente e/ou para o cuidador familiar, respectivamente apêndices F e G para leitura e, após sua concordância e assinatura, iniciada a entrevista, respectivamente apêndices H e I.

Importante destacar que no TCLE estavam descritos todas as informações pertinentes, como a justificativa, os objetivos, os procedimentos da metodologia, os esclarecimentos sobre os desconfortos, riscos e benefícios esperados decorrentes da participação na pesquisa, o caráter de participação voluntária e garantia ao sigilo, a ausência de custo ou compensação financeira, a explicitação da garantia de ressarcimento no caso de dano resultante da participação na pesquisa, entre outros aspectos que respondiam à Resolução CNS n° 466/2012 e 510/2016.

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

4.5.1 Estudo 1

Os dados deste estudo foram coletados por meio de um questionário *online* do *Google Forms*® (Apêndice D), contendo perguntas abertas e fechadas sobre o tema em questão, com duração de aproximadamente 40 minutos para seu preenchimento, que pôde ser respondido de qualquer dispositivo móvel ou pelo computador.

Este estudo foi realizado durante a pandemia, momento em que medidas de restrição e isolamento se faziam necessárias. Por isso optou-se pelo questionário *online* como instrumento de coleta de dados. Tal instrumento foi estruturado contendo 12 perguntas relacionadas à caracterização do participante, 25 sobre a formação profissional, 4 sobre a atuação profissional, 3 perguntas sobre o tema Espiritualidade dentro da atuação/formação profissional e 6 perguntas abertas sobre o conceito de Espiritualidade e a abordagem dessa dimensão junto aos pacientes e cuidadores familiares.

Importante destacar que o instrumento foi validado por um banco de especialistas, considerando ser este um procedimento recomendado para

minimizar riscos referentes ao alcance dos objetivos e de dificuldades de interpretação dos participantes. Quatro profissionais com experiência no campo de pesquisa e proximidade com os temas abordados em questão “Terapia Ocupacional e Espiritualidade” e “Espiritualidade e Saúde” foram convidados a avaliar e trazer suas contribuições para a construção do instrumento, visando melhor adequação dos termos, das definições e da própria estrutura/organização, bem como a manutenção da coerência com os objetivos aos quais os Estudos se propuseram. Para tanto, convites foram enviados por e-mail para os especialistas e, após aceite de participação, os objetivos dos Estudos foram enviados juntos dos instrumentos de coleta construídos. Os especialistas então retornaram os e-mails com contribuições relacionadas à separação dos conceitos “práticas religiosas” e “práticas espirituais”, alterações nas ordens de algumas perguntas, considerando a melhor fluidez de raciocínio e retirada de questões que fugiam dos objetivos dos estudos. Todas as sugestões foram avaliadas como pertinentes e alteradas no instrumento.

No intuito de preservar o anonimato, os participantes do Estudos 1 foram identificados pela letra E, seguida de um número que representa a ordem de ingresso no estudo (E1 até E23).

4.5.2 Estudo 2

Os dados do Estudo 2 foram coletados pela pesquisadora responsável utilizando como instrumento um roteiro semiestruturado tanto para os pacientes com doenças crônicas quanto para os cuidadores familiares, respectivamente Apêndices H e I, com duração média de 30 minutos.

A entrevista, técnica de coleta empregada, foi escolhida por ser fundamental quando há o desejo de mapear práticas, crenças, valores e sistemas de universos específicos, possibilitando que o entrevistado discorra sobre determinado tema sem se prender a uma indagação estritamente formulada (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).

Para tanto, foram elaboradas oito questões norteadoras para portadores de doenças crônicas não transmissíveis (Apêndice H) e oito questões norteadoras para cuidadores familiares de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (Apêndice I) em roteiros semiestruturados contendo também informações necessárias para a caracterização dos participantes. 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...”*

Cabe ressaltar que não existe uma definição pré-estabelecida acerca do número de entrevistas a serem realizadas numa pesquisa qualitativa, podendo cessar quando o pesquisador perceber que as informações trazidas não mais contribuem significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados - fato nomeado saturação (Fontanella *et al.*, 2008).

No intuito de preservar o anonimato, os participantes do Estudos 2 foram identificados pelas letras Pp (participante portador de doença crônica) e CF (participante cuidador familiar de portador de doença crônica), seguida de um número que representa a ordem de ingresso no estudo (1 até 25).

Importante destacar que este instrumento também foi validado pelo mesmo banco de especialistas que trouxeram contribuições similares ao estudo anterior. Todas as sugestões foram avaliadas como pertinentes e alteradas no instrumento.

4.6 Análise dos Dados

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra.

Os dados dos Estudos 1 e 2 foram submetidos à análise de conteúdo temática, em consonância com o método proposto por Bardin (1977), que consiste em “*descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*” (p. 316). Este método foi escolhido, uma vez que auxilia na compreensão da natureza e da lógica das relações estabelecidas no determinado contexto selecionado e o modo como os diferentes interlocutores percebem o problema com o qual estão lidando (Duarte, 2004).

Para tanto, foram utilizados três procedimentos para a análise: pré-análise (organização dos materiais que serão analisados, leitura flutuante, (re)formulação de hipóteses e objetivos); exploração do material (organização dos dados do material em categorias teóricas ou empíricas) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (trabalho com os resultados brutos e interpretações de acordo com o quadro teórico) (Minayo, 2014).

Obteve-se resultados descritos por estatísticas simples, apresentados por valores absolutos organizados em quadros e tabelas e resultantes das análises de conteúdo, apresentados em Categorias Temáticas, Subcategorias Temáticas e Unidades de Significado.

4.7. Aspectos Éticos

Em cumprimento às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob o parecer nº 4.537.906 e encontra-se disponível no Anexo A.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Estudo 1

5.1.1 Caracterização dos participantes

Foram participantes do estudo 1, 23 profissionais de um total de 28 respondentes, dos quais cinco participações não foram incluídas por não estarem de acordo com os critérios de inclusão.

Os 23 participantes apresentam idade entre 27 e 59 anos (*média* = 42,13) e, como apresenta a tabela 1, são, na sua maioria, mulher cisgênero ($n = 19$; 82,6%) e de identidade étnico racial autodeclarada branca ($n = 14$; 60,9%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.

Variável	Frequência		
	N	%	
Identidade de gênero	Mulher cisgênero	19	82,6
	Homem cisgênero	1	4,4
	Não desejaram declarar	3	13
Identidade étnico racial autodeclarada	Branco	14	60,9
	Pardo	6	26,1
	Amarelo	2	8,7
	Preto	1	4,3
Estado de atuação	São Paulo	8	34,7
	Rio de Janeiro	3	13
	Goiás	3	13
	Minas Gerais	2	8,7
	Espírito Santo	2	8,7
	Recife	2	8,7
	Maranhão	1	4,4
	Paraná	1	4,4
	Santa Catarina	1	4,4

Fonte: Pesquisa de campo

Tais dados vão ao encontro do perfil encontrado em estudos nacionais e internacionais que trazem a questão da feminização em praticamente todas as profissões da saúde, inclusive da Terapia Ocupacional,

sem exceção (Malta *et al.*, 2019; Figueiredo *et al.*, 2018; 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 (Gussi, Dytz, 2008). 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”, como atividades administrativas, ensino e cuidado em saúde, entre outras (Wermelinger *et al.*, 2010). Dessa forma, pode-se dizer que, historicamente, no trabalho em saúde no Brasil, o cuidado é atribuído à figura feminina em decorrência de suas “qualidades naturais” (Lopes, Leal, 2005).

A tabela 2, a seguir, exhibe a distribuição dos participantes do Estudo 1 segundo o tempo de profissão e de atuação hospitalar em cinco períodos. Nota-se que a maioria é formada há mais de 11 anos (82,6%) e atuam na área hospitalar por um período de 6 a 10 anos (43,6%).

Tabela 2: Tempo de profissão e de atuação hospitalar dos participantes terapeutas ocupacionais - Estudo 1.

Tempo	Profissão		Atuação hospitalar	
	N	%	N	%

1 a 5 anos	0	0	5	21,7
6 a 10 anos	4	17,4	10	43,6
11 a 20 anos	12	52,2	5	21,7
21 a 30 anos	4	17,4	3	13
>30 anos	3	13	0	0

Fonte: Pesquisa de campo

Os participantes, além de apresentarem experiência na atuação hospitalar, também buscaram se qualificar. Dos 23 terapeutas ocupacionais, 4 (17,4%) fizeram Residência, 19 (82,6%) realizaram uma Especialização, 13 (56,5%) realizaram uma segunda Especialização, 5 (21,7%) Mestrado e 1 (4,3%) Doutorado.

A tabela 3, a seguir, exhibe o perfil da população atendida e as unidades de atuação profissional dos participantes do Estudo 1 dentro do contexto hospitalar, considerando que o mesmo profissional, pode atuar em mais de uma unidade dentro de sua referida instituição de saúde e, conseqüentemente, com mais de um perfil de paciente.

Tabela 3: Atuação profissional dos participantes terapeutas ocupacionais no contexto hospitalar - Estudo 1.

Variável	Frequência	
	N	%
Unidades de atuação no contexto hospitalar		
Unidades Internação Adulto	18	16,7
Centros/Unidades de Terapia Intensiva Adulto	14	13
Unidades Internação Pediátrica	11	10,2
Centros/Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	10	9,3
Unidades Covid	10	9,3
Ambulatórios vinculados à instituição hospitalar	9	8,3
Unidades Semi Intensivas	9	8,3
Pré e/ou pós-cirúrgico	8	7,4
Brinquedoteca	5	4,6
Unidades de Urgência e Emergência	4	3,7

Maternidade	4	3,7
Hospital Dia	3	2,8
Unidade não está descrita	2	1,8
Visitas domiciliares vinculadas à instituição hospitalar	1	0,9

Perfil diagnóstico da população atendida

Cuidados Paliativos	15	11,1
Neurologia	14	10,5
Ortopedia	12	8,9
Cardiologia	11	8,1
Covid	11	8,1
Oncologia	10	7,4
Doenças Infectocontagiosas	10	7,4
Pré e/ou pós-cirúrgicos	10	7,4
Pneumologia	9	6,7
Doenças Renais	8	5,9
Reumatologia	7	5,2
Demências	7	5,2
Perfil não está descrito	6	4,4
Transplantados	3	2,2
Queimados	2	1,5

Faixa etária da população atendida

Neonatal (0 até 1 ano incompleto)	1	4,3
Crianças (1 ano completo até 12 anos incompletos)	2	8,7
Adolescentes (12 anos completos até 18 anos completos)	0	0
Adultos jovens (19 anos incompletos até 40 anos incompletos)	4	17,4
Adultos (40 anos completos até 60 anos incompletos)	10	43,5
Idosos (60 anos completos ou mais)	6	26,1

Fonte: Pesquisa de campo

Dos 23 participantes do Estudo 1, 17 (73,9%) relatam nunca ter tido contato com o tema “Espiritualidade” na sua formação; 3 (13,1%) tiveram contato ao longo da graduação; 1 (4,3%) na Residência, 1 (4,3%) na Especialização e outro (4,3%) no Mestrado. Quando investigado sobre a proximidade do tema “Espiritualidade e Saúde” através de eventos científicos, Palestras ($n = 19$; 37,5%), Cursos ($n = 11$; 37,5%), seguidos de Simpósios ($n = 6$; 37,5%) e Congressos ($n = 6$; 37,5%) foram os eventos que aproximaram os participantes com o tema em questão.

No que se refere à afiliação religiosa, a tabela 4 apresenta os dados relacionados às crenças que os participantes relatam se identificar.

Esses resultados corroboram parcialmente com dados nacionais que mostram uma queda contínua dos católicos (de 65,1% para 56,7%), crescimento dos evangélicos (de 21,6% para 26,9%) e um aumento expressivo dos que se declaram sem religião (de 7,9% para 9,3%) e de religiões de matriz africana (de 0,3% para 1%) (Censo, 2022).

A declaração de múltipla religiosidade pode estar associada há grande pluralidade de religiões e crenças existentes no Brasil (Saporetti, 2009).

Tabela 4: Crença dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.

Variável	Frequência	
	N	%
Religião		
Espiritismo Kardecista	6	26,2
Catolicismo	5	21,9
Catolicismo + Espiritismo Kardecista + Budismo	3	13,1
Não se identifica com nenhuma religião	2	8,7
Evangélica	1	4,3
Catolicismo + Espiritismo Kardecista	1	4,3
Espiritismo Kardecista + Xamanismo	1	4,3
Catolicismo + Evangélica	1	4,3
Catolicismo + Evangélica + Kardecista	1	4,3

Catolicismo + Espiritismo Kardecista + Umbanda + Budismo	1	4,3
Religião não está descrita	1	4,3

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela 5 apresenta os dados relacionados às práticas espirituais que os participantes elencaram realizar.

Tabela 5: Práticas espirituais dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.

Variável	Frequência	
	N	%
Participam de alguma prática espiritual		
Sim	17	73,9
Não	6	26,1
Práticas espirituais relatadas		
Espíritas	5	25
Orações	4	20
Meditação	3	15
Palestras	2	10
Budismo	1	5
Pastoral da Saúde	1	5
Missa	1	5
Evangelho do lar	1	5
Gratidão/Compaixão/Atividades significativas/Sentido e propósito de vida	1	5
Exercícios respiratórios para expansão consciência	1	5
Periodicidade		
Diariamente	10	58,8
1 vez na semana	4	23,5
Quando sinto vontade	2	11,8
1 vez no mês	1	5,9

Fonte: Pesquisa de campo

Já a tabela 6 apresenta os dados relacionados às práticas religiosas que os participantes elencaram realizar.

Tabela 6: Práticas religiosas dos participantes terapeutas ocupacionais – Estudo 1.

Variável	Frequência	
Participam de alguma prática religiosa	N	%
Sim	16	69,6
Não	7	30,4
Práticas religiosas relatadas		
Missa	5	26,2
Casa Espírita	3	15,7
Oração	3	15,7
Batizada Igreja Católica	1	5,3
Meditação	1	5,3
Estudos e passes	1	5,3
Pastoral da Saúde	1	5,3
Evangelho do lar	1	5,3
Práticas Católicas	1	5,3
Práticas Budistas	1	5,3
Palestras Espíritas	1	5,3
Periodicidade		
1 vez na semana	6	37,5
Quando sinto vontade	5	31,25
Diariamente	3	18,75
1 vez no mês	1	6,25
Não está descrita	1	6,25

Fonte: Pesquisa de campo

Como se pode perceber há práticas que aparecem tanto como sendo espirituais quanto religiosas, como “oração”, “meditação”, “missa”. Além disso, algumas práticas espirituais relatadas estão relacionadas a religiões específicas, como é o caso do “evangelho no lar”, atividade pertencente à religião espírita. Assim, podemos afirmar que, para os participantes do estudo 1, práticas espirituais e religiosas apresentam o mesmo sentido/conceito. Isso pode ser justificado pela própria definição dos termos “espiritualidade” e “religião”.

A espiritualidade consiste na compreensão do sentido de vida por meio de uma busca pessoal por aquilo que lhe é sagrado, não se limitando a crenças e/ou práticas religiosas (Saad *et al.*, 2001; Volcan, 2003; Sá, 2009; Lucchetti, Almeida, Granero, 2010; Manchola *et al.* 2016).

Já a religião também oferece ao indivíduo um significado e propósito de vida, porém, através da sistematização de culto, dogmas, preceitos morais e éticos específicos compartilhados por um grupo de pessoas, contribuindo para a organização social, orientação moral e segurança (Guimarães *et al.*, 2007; Fleck *et al.*, 2003; Souza, Pessini, Hossne, 2012). Por isso a religião pode ser uma das formas de manifestação da espiritualidade, mas não a única.

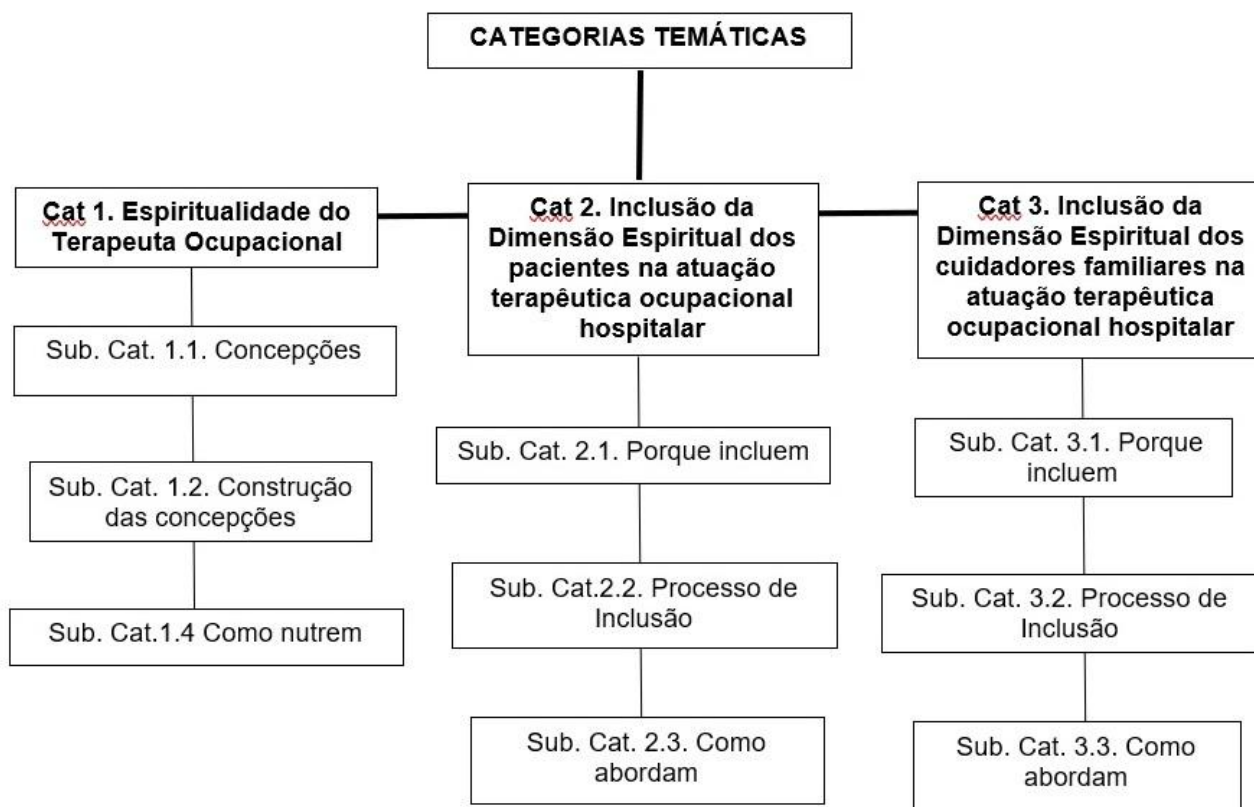
5.1.2 Categorias de Análise

O estudo 1 teve como resultado três categorias temáticas centrais, nove subcategorias (Figura 1) e vinte e seis unidades de significado (Quadro 1, Quadro 2 e Quadro 3).

As categorias de análise que emergiram neste estudo foram: **Espiritualidade do Terapeuta Ocupacional**, composta pelas subcategorias: Concepções; Construção das concepções e Como nutrem; uma segunda categoria denominada: **Inclusão da Dimensão Espiritual dos pacientes na atuação terapêutico-ocupacional hospitalar**, dividida nas subcategorias: Porque incluem; Processo de inclusão e Como abordam; e uma terceira categoria: **Inclusão da Dimensão Espiritual dos cuidadores familiares na atuação terapêutico-ocupacional hospitalar**, dividida nas subcategorias: Por

que incluem; Processo de inclusão e Como abordam (Figura 1).

Figura 1. Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 1 – participantes terapeutas ocupacionais.



Fonte: Pesquisa de campo.

5.1.2.1 Categoria Temática 1 - Espiritualidade do Terapeuta Ocupacional

Esta categoria temática retrata como os participantes terapeutas ocupacionais compreendem e se relacionam com a própria Espiritualidade. É composta por 3 subcategorias e 8 unidades de significado (Quadro 1).

Quadro 1: Subcategorias e unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 1 – participantes terapeutas ocupacionais.

Categoria Temática 1 – Espiritualidade do Terapeuta Ocupacional			
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias		
	1. Concepções	2. Construção das concepções	3. Como nutrem
	Conexão	Vivências pessoais (familiares e profissionais)	Ocupações significativas
	Busca por sentido/significado de vida	Busca por conhecimento/aperfeiçoamento profissional	
	Sentimentos		
	Parte importante da vida		

Fonte: Pesquisa de campo.

5.1.2.1.1 Subcategoria temática 1: Concepções

Nessa subcategoria estão agrupados os fragmentos de relatos sobre as concepções de espiritualidade dos terapeutas ocupacionais. Foram identificados 23 relatos dispostos em 4 unidades de significado. Estão selecionados alguns trechos com o intuito de representar as verbalizações dos participantes.

- **Conexão**

Essa unidade apresentada engloba 15 relatos que retratam que a concepção dos participantes acerca da própria espiritualidade está relacionada à conexão, ao se sentir próximo de algo superior, transcendente, além do material, Deus, Universo e, também, de si mesmo, trazendo um sentido de autoconhecimento, autorrespeito.

*” Ligação, conexão com o que há de melhor em mim e na natureza,
transcender o mundo denso e alcançar a sutileza.”*

E2

“É acreditar que existe algo além do plano carnal/biológico.”

E4

*“É sentir-se conectado ao todo, às pessoas e à natureza. É a busca da
unidade em tudo o que há.”*

E5

*“É uma força energética que temos dentro de nós que nos conecta de
alguma forma com o Todo, com o mundo, com tudo que existe dentro e fora
desta nossa dimensão.”*

E7

*“É a forma como a pessoa se sente parte do universo, enquanto algo mais
além da parte corpórea.”*

E8

“Conexão com o universo.”

E9

“Busca pelo transcendente.”

E12

*“A crença em algo sagrado ou transcendente, não necessariamente uma
religião.”*

E14

*“Espiritualidade para mim é a dimensão que está relacionada fora do corpo
e da mente do ser humano, está ligada diretamente ao que move e da
energia a ambos. É a essência da vida.”*

E15

“É a capacidade de conexão com algo maior do que a religião apresenta.”

E16

“Consiste no conjunto de crenças de um indivíduo. Tudo que o conecta com o imaterial.”

E18

“É a conexão com meu eu, com meus valores e com minhas crenças. É ser fiel a mim.”

E19

“É acreditar em algo acima de nós.”

E20

“É a forma como cada pessoa se aproxima de si e de coisas que lhe são sagradas.”

E22

“Estar mais próximo de Deus, de seus ensinamentos.”

E24

- **Busca por sentido/significado de vida**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos que retratam que a concepção dos participantes acerca da própria espiritualidade está relacionada à busca pelo sentido e significado de vida, independente do meio que favorece ou auxilia nessa busca: conexões transcendentais, religião, engajamento em atividades significativas.

“É uma forma de sentir o mundo através da busca do sentido da vida por meio daquilo que não é palpável e que não é possível vivenciar pela razão.”

Busca por conexões transcendentais que podem ou não estar ligadas a aspectos religiosos.”

E1

“Busca de sentido e propósito de vida, envolve engajamento em atividades significativas, crenças, fé, rituais e religiosidade.”

E3

“Espiritualidade é a busca de significados para sua existência. Racionada as experiências e nas buscas que dão sentido à vida. Ter fé em alguma coisa.”

E13

- **Sentimentos**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos que retratam que a concepção dos participantes acerca da própria espiritualidade está relacionada a sentimentos, em específico, de paz e de fé: busca pela paz e fé em dias melhores e em algo superior que orienta, que serve de guia.

“Buscar paz.”

E6

“Fé, esperança que dias melhores passarão.”

E17

“Fé em que existe algo superior a mim e que me guia.”

E21

- **Parte importante da vida**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante caracteriza a própria espiritualidade como uma parte muito importante da

vida e também no cuidado do outro, trazendo o sentido de que a espiritualidade é importante para a vida pessoal e profissional também.

“É uma parte muito importante da vida do ser humano e do cuidado do outro, independentemente do momento de vida.”

E23

Esta subcategoria apresenta à discussão o que muito se encontra na literatura: uma amplitude de significados acerca do tema espiritualidade.

A singularidade existente na concepção do termo espiritualidade 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, as crenças e a própria cultura (Koenig *et al.*, 2012; Nascimento *et al.*, 2013; Zimmer *et al.*, 2016).

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 (Prese *et al.*, 2007; Arrieira, 2009).

Portanto, dentre as concepções apresentadas pelos participantes do estudo, pode-se perceber uma aproximação conceitual com a literatura, na qual a espiritualidade apresenta-se como uma conexão com o transcendente, entendido como 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 (Pinto, 2018).

5.1.2.1.2 Subcategoria temática 2: Construção das concepções

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos sobre como o conceito de espiritualidade dos participantes foi construído, as origens, bases que fomentaram a concepção atual acerca dessa dimensão. Foram identificados 19 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Vivências pessoais (familiares e profissionais)**

Essa unidade apresentada engloba 13 relatos em que os participantes identificam as vivências pessoais, tanto aquelas vividas no ambiente familiar como às experiências ao longo da carreira profissional como as bases para a construção da concepção adotada hoje sobre a própria espiritualidade.

“Através de uma necessidade minha de explicar e englobar as diversas crenças que transcendem a razão, sem necessariamente se ligar a algo que está acima de tudo, um Deus ou imagem.”

E1

“Vivências e experiências pessoais.”

E2

“Pelas minhas experiências na minha família, convivendo com o espiritismo e o catolicismo de forma harmônica.”

E5

“Através de leituras e de vivências ao longo do tempo.”

E8

“Penso que tem a ver com a minha experiência de vida, no que acredito que possa me fortalecer como ser humano.”

E13

*“De forma muito particular de acordo com tudo que vivi e senti durante a
minha jornada.”*

E15

“A partir de leituras e vivências.”

E16

“Ao longo da minha trajetória de vida familiar, pessoal e profissional.”

E17

“Através do aprendizado sobre o tema e buscando identificar em mim.”

E19

“Pelos ensinamentos de meus pais e minhas vivências.”

E20

“Através da religião apresentada, inicialmente, pela minha família.”

E21

*“A partir de estudos, palestras e leituras, e no convívio com os pacientes e o
que eles nos trazem.”*

E22

“Especialmente frente à morte de pessoas da família e de pacientes.”

E23

Essa unidade traz à tona a influência da criação recebida em relação à religião e do contato com diferentes religiões.

Num primeiro momento, a responsabilidade pela formação da consciência e da cidadania do indivíduo cabe à família (Rodrigues, Sobrinho, Da Silva, 2000). Nessa abordagem, alguns 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. Entre

essas necessidades, encontra-se a autorrealização, que envolve aspectos como a espiritualidade, as necessidades de religião, fé, crença, filosofia de vida, conhecimento, aprovação e reconhecimento. O que 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).

Essa unidade também apresenta a origem da concepção de espiritualidade baseada na vivência do próprio trabalho em saúde, ressaltando 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”* (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 (Ayres, 2004). E isso vale para todos os envolvidos.

- **Busca por conhecimento/aperfeiçoamento profissional**

Essa unidade engloba 6 relatos em que os participantes identificam a necessidade pela busca de conhecimento e aperfeiçoamento profissional como as bases para a construção da concepção atual adotada sobre a própria espiritualidade, trazendo, mais uma vez, a influência do campo profissional no contato com o tema e na construção do próprio conceito.

“Através de leituras, aperfeiçoamento profissional e experiência prática diária.”

E3

“Culturalmente, curso de Tanatologia.”

E4

“Estudando ciências da religião no mestrado e doutorado.”

E12

“Por meio de estudos e vivências sobre o assunto, além disso meu TCC da faculdade foi nesse tema.”

E14

“Observando as pessoas, revisando conceitos dados.”

E18

“Com leituras, assistindo palestras.”

E24

Os relatos vão ao encontro do que a literatura mostra sobre o interesse dos profissionais pelo tema.

É crescente o interesse na terapia ocupacional sobre o tema da espiritualidade (De Carlo, 2021). Negar a dimensão espiritual das pessoas nos diversos contextos de atenção à saúde, é reforçar a tese de que a prática clínica deve ser secular e laica; é desconsiderar a impressão religiosa que marca os símbolos e a linguagem das diferentes culturas, nas quais, mesmo que não percebamos, nos faz vias de difusão e manifestação de valores e crenças dos inúmeros sistemas religiosos que nos cercam (Araújo *et al.*, 2014).

Dessa forma, o terapeuta ocupacional não pode deixar de contemplar a dimensão espiritual e religiosa de seus clientes sob o receio de que uma abordagem ou valorização dessas questões possa ser entendida como não científica: “[...]uma prática terapêutica ocupacional espiritualmente integrada não será menos científica do que qualquer outra abordagem terapêutica” (Araújo *et al.*, 2014, p.17).

5.1.2.1.3 Subcategoria temática 3: Como nutrem

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos sobre como os participantes nutrem a própria Espiritualidade, ou seja, de quais formas eles alimentam essa dimensão, se conectam e exercem a espiritualidade no dia a dia; uma vez que 22 (91,7%) participantes afirmaram nutrir essa dimensão e 2 (8,3%) relataram não ter esse hábito.

Foram identificados 23 relatos dispostos em 1 unidade de significado.

- **Ocupações significativas**

Essa unidade apresentada engloba 23 relatos em que os participantes expressam nutrir a própria Espiritualidade através do desempenho e engajamento em ocupações significativas ao longo da rotina, englobando as atividades de cunho religiosos (rituais característicos da religião seguida), atividades relacionadas a práticas, individuais e coletivas de busca pelo conhecimento/encontro com o Eu (yoga, meditação), leituras diversas, vídeos, técnicas de respiração e a própria atividade laboral.

” Respirando, vendo vídeos, postagens, leio livros, ia a reuniões na casa Espírita.”

E2

“Através de engajamento em ocupações que me dão sentido de vida. O contato com pacientes e familiares me ensina e fortalece minha espiritualidade, compaixão e propósito.”

E3

“Oração, conversa, estudo, etc.”

E4

“Oro diariamente, pratico yoga e faço leituras.”

E5

“Meditações diárias, orações.”

E6

“Todos os dias eu rezo, medito e peço iluminação no meu trabalho, com meus familiares. Às vezes alguém me pede para rezar por algum parente em sofrimento, então incluo eles também. Sempre converso com meu grupo

do centro e faço cursos nesta linha para minha vida pessoal, eu amo aprender mais, me faz bem.”

E7

“Assistindo palestras, fazendo leituras, preces.”

E8

“Meditação e oração.”

E9

“Meditação diária.”

E10

“Leituras, auxílio ao próximo, meditação.”

E11

“Rezo. Leio a Bíblia. Escuto pessoas que eu gosto. Acendo vela. Vou na igreja. Visito parentes queridos no cemitério.”

E12

“Através de momentos de autocuidado. (com uso de práticas integrativas e complementares). Leituras, relaxamento, religiosidade, e outras atividades.”

E13

“Leituras, momentos de reflexão.”

E14

“Eu nutro através de leituras, estudos, orações e meditações e tento realizar ações no meu dia a dia.”

E15

“Orações, meditação.”

E16

“Com orientações espirituais.”

E17

“Ouvindo música de cunho religioso, tipo Hilson United.”

E18

“Buscando me conectar com práticas e reflexões que me fazem bem.”

E19

“Leituras, músicas, celebrações e principalmente fazendo o bem.”

E20

“Tenho muita fé.”

E21

“Meditação, relaxamento, leituras, preces.”

E22

“Diminuindo o ritmo, observando vidas, frequentando a igreja, missas e palestras, me conectando comigo mesma.”

E23

“Fazendo orações, leitura do evangelho.”

E24

Importante destacar essa unidade de significado, pois nela evidencia-se a perspectiva da terapia ocupacional para a própria rotina dos profissionais.

A avaliação na terapia ocupacional ocorre durante as interações iniciais e ao longo do seguimento com o cliente com o objetivo de descobrir o que o cliente quer e precisa fazer; determinando o que ele pode fazer e tem feito; e identificando facilitadores e barreiras para a saúde, o bem-estar e a participação. É constituída pelo levantamento do perfil ocupacional do cliente e pela análise do seu desempenho ocupacional (Cavalcanti *et al.*, 2015).

Aprofundar o conceito dos termos “perfil ocupacional”, “desempenho ocupacional” e “ocupações” serão fundamentais para a melhor compreensão dessa unidade de significado.

De acordo com AOTA (2014), o perfil ocupacional é um resumo da história ocupacional, das experiências, dos padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades de cada cliente. Essas informações são importantes para que o terapeuta ocupacional tenha uma compreensão do ponto de vista do cliente e de seu passado. Usando uma abordagem centrada no cliente, o profissional reúne informações para entender o que é atualmente importante e significativo para o sujeito (ou seja, o que deseja e o que precisa fazer) e identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais (Cavalcanti *et al.*, 2015).

Ao valorizar e respeitar as informações dos clientes, os profissionais promovem o seu envolvimento e realizam intervenções mais eficientes. As informações obtidas por intermédio do perfil ocupacional levam a uma abordagem individualizada nas fases de avaliação, planejamento e implementação da intervenção (AOTA, 2014; Cavalcanti *et al.*, 2015).

O termo “desempenho ocupacional”, por sua vez, consiste na *“realização da ocupação selecionada resultante da dinâmica entre o cliente, o contexto e o ambiente, e a atividade ou ocupação”* (Cavalcanti *et al.*, 2015, p.14).

A análise do desempenho ocupacional objetiva identificar os facilitadores e as barreiras relacionadas ao desempenho ocupacional e os resultados alvos. Os métodos utilizados para o levantamento dessas queixas, dos problemas (ou potenciais problemas) e dos facilitadores do cliente podem incluir: conversa formal ou entrevista informal com o cliente e outras pessoas importantes, observação do desempenho e do contexto, revisão de dados e avaliação direta de aspectos específicos do desempenho através de instrumentos de avaliação (formal e informal, estruturado e não estruturado, com critérios padronizados ou não-referenciados). Quando disponíveis, as avaliações padronizadas são eleitas para fornecer dados objetivos sobre diversos aspectos do domínio que influenciam o envolvimento e o desempenho ocupacional do cliente (AOTA, 2014; Cavalcanti *et al.*, 2015).

O termo “ocupações” se refere às atividades de vida diária nas quais as pessoas se envolvem, podendo englobar a necessidade de execução

de múltiplas atividades para sua conclusão, bem como resultar em vários efeitos. Elas ocorrem dentro de um contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. São realizadas ao longo do tempo; possuem um propósito, um significado e uma utilidade para o indivíduo; podendo ser observadas por outras pessoas ou percebidas apenas pelo indivíduo em questão (AOTA, 2014).

As ocupações não estão somente relacionadas com as atividades de sobrevivência, mas também com a construção de papéis e identidades, bem como o estabelecimento da convivência social (Almeida *et al.*, 2017).

A Sociedade Internacional de Ciência da Ocupação define ocupação como as diversas ações cotidianas realizadas pelas pessoas individualmente, em família e nas comunidades, que ocupam seu tempo e trazem significados e propósitos à vida. Ocupações incluem coisas que as pessoas precisam, querem e esperam que façam (Cavalcante *et al.*, 2018).

A Ciência da Ocupação visa o estudo do homem como um ser ocupacional, compreendendo as experiências do indivíduo em relação às suas ocupações, investigando como e quais atividades são ou podem se tornar significativas para os indivíduos dentro do contexto de suas vidas (Almeida *et al.*, 2017). Dessa forma, a Ciência da Ocupação busca elucidar a forma, a função e o significado da ocupação, aspectos estes que resultam da interação dinâmica entre a pessoa, o ambiente e a atividade. A forma da ocupação se refere a “como” determinado fazer é realizado; a função se relaciona ao propósito e à finalidade, ou seja, ao “para quê” determinado indivíduo se envolve em um fazer; e, por fim, o significado da ocupação se refere ao “por quê” o indivíduo realiza determinado fazer, destacando os aspectos simbólicos da ocupação, atribuídos pelo indivíduo e pela cultura (Carrasco, Olivares, 2008).

Neste sentido, para Dickie (2011), compreender a experiência individual de realizar uma ocupação está relacionado à investigação de como o indivíduo faz, quando e onde acontece, como esta ocupação se alterou com o passar do tempo e o significado deste fazer para o indivíduo em questão.

Por esses motivos as ocupações significativas podem ter emergido como a forma como os profissionais nutrem a sua própria espiritualidade.

5.1.2.2 Categoria Temática 2 - Inclusão da Dimensão Espiritual dos pacientes na atuação terapêutico-ocupacional hospitalar

Esta categoria temática retrata de que forma os participantes incluem a abordagem da dimensão espiritual dos pacientes no contexto de sua atuação profissional dentro do ambiente hospitalar. É composta por 4 subcategorias e 11 unidades de significado (Quadro 2).

Quadro 2: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 1 – participantes terapeutas ocupacionais.

Categoria Temática 2: Inclusão da Dimensão Espiritual dos pacientes na atuação terapêutica ocupacional hospitalar				
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias			
	1. Motivos da inclusão	2. Processo de inclusão	3. Como abordam	4. Frequência com que abordam
	Reconhecem benefícios	Experiências/ Capacitações profissionais	Cuidado humanizado	A depender do caso
	Prática do Terapeuta Ocupacional	Busca por conhecimento/ aperfeiçoamento profissional	Através do uso de recursos	Demanda trazida pelo paciente
Integralidade do sujeito	Atuação da Terapia Ocupacional	Demanda trazida pelo paciente		

Fonte: Pesquisa de campo

Importante destacar que dos 23 participantes do estudo, um profissional traz a não inclusão da dimensão espiritual em sua atuação terapêutico-ocupacional hospitalar por desconhecimento de como abordá-la, apesar de reconhecer benefício na inserção dessa dimensão no cuidado em saúde:

“Acredito que a espiritualidade é um facilitador no enfrentamento ao adoecimento, mas não sei abordar ou dar seguimento quando surge esse tema. Apenas acolho.”

E19

Esse relato vai ao encontro do que ainda é apresentado pela literatura. No mundo acadêmico e profissional, ainda existe certa falta de saber em relação à natureza complexa da espiritualidade e de seu papel na vida das pessoas (Manchola *et al.*, 2016). Os profissionais da saúde ainda não recebem formação sobre o tema espiritualidade na quantidade e profundidade que o tema requer, o que gera preocupação, pois os currículos dessa área apontam pouco espaço de tempo e conteúdo que essa discussão necessita (Sá, 2009).

Em relação à terapia ocupacional, de maneira geral, estudantes e profissionais consideram os componentes de desempenho físico, afetivo, cognitivo e psicossocial em suas avaliações e planos terapêuticos e acreditam que a espiritualidade auxilia seus pacientes a lidarem com dificuldades cotidianas. No entanto, de acordo com estudo, ainda existe uma lacuna entre a teoria e o que é realmente avaliado e praticado pelos terapeutas ocupacionais, o que significa dizer que o componente espiritual ainda não está incorporado em sua prática profissional (De Carlo, 2021).

No relato descrito anteriormente, o profissional reconhece a espiritualidade como um recurso facilitador no enfrentamento de um adoecimento. Por este motivo, apresenta-se outras reflexões acerca desse relato que vão além da questão do desconhecimento ou pouco conhecimento sobre como abordar o tema e trazê-lo para a atuação profissional.

“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). Isso significa dizer que se compreende a espiritualidade também como 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.

Esse relato 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. 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 (Dezorzi, Crossetti, 2008).

Então será que é a falta de conhecimento sobre como abordar a espiritualidade ou apenas uma forma de proteção e de distanciamento em relação ao impacto que o sofrimento do outro pode gerar no profissional de saúde?

5.1.2.2.1 Subcategoria temática 1: Motivos da inclusão

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes aos motivos que justificam a inclusão da abordagem da dimensão espiritual dos pacientes no contexto hospitalar pelos participantes. Foram identificados 18 relatos dispostos em 3 unidades de significado. Ressalta-se que muitos participantes relataram mais de uma justificativa para incluir a dimensão espiritual dos pacientes hospitalizados na sua abordagem.

- **Reconhecem benefícios**

Essa unidade de significado apresentada engloba 9 relatos que retratam que os participantes incluem na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual de pacientes por reconhecerem os benefícios decorrentes da inserção da espiritualidade no cuidado em saúde, como a melhora da qualidade de vida; a oferta de maior proteção, fortalecimento, acolhimento, esperança e por identificar a espiritualidade como um recurso capaz de auxiliar na busca pelo sentido/propósito de vida e na busca pela esperança de dias melhores.

“Na dor, a fé é o alento mais eficaz que já conheci.”

E2

“É natural, não consigo não relacionar esse assunto as pessoas que atendo, se elas se mostram abertas a qualquer coisa espiritual eu estímulo dentro do que ela acredita. A Fe ajuda a curar ou a amenizar muitos males do corpo físico/emocional.”

E7

“Acho muito importante dar espaço para esse tipo de sentimento de pertencimento, de que uma força maior o protege, independente do nome que dê a ela, que o fortalece e ajuda a passar por situações às vezes muito difíceis.”

E8

“Melhora na qualidade de vida.”

E11

“Acho que é importante estimular o paciente a buscar um propósito na vida, através da compreensão de suas capacidades, suas crenças e valores.”

E13

“Porque ajuda no tratamento, no vínculo com o paciente e porque sei da importância para cada ser.”

E16

“Para acolher é necessário oferecer esperança em dias melhores independente do tempo de internação e tratamento.”

E17

“A fé é o que nos move.”

E21

“Porque em várias situações é o que favorece a adesão do paciente ao tratamento, fortalece o vínculo terapêutico e dá um grande suporte ao paciente.”

E22

- **Prática do Terapeuta Ocupacional**

Essa segunda unidade de significado apresentada engloba 4 relatos que retratam que os participantes incluem na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual de pacientes por reconhecerem tal inserção como parte integrante da prática do terapeuta ocupacional, considerando o próprio campo de atuação da profissão, a visão holística que carrega, os recursos de que dispõe, avaliações utilizadas, características das populações atendidas.

“[...]Porque na Terapia Ocupacional buscamos retomar as atividades significativas, promover saúde e qualidade de vida, auxiliando no enfrentamento do sofrimento em diferentes contextos, promovendo sentido e propósito a vida.”

E3

“Parte da avaliação do meu sujeito alvo.”

E4

“É importante para avaliar a rotina, enfrentamento da doença e ajuda desenvolver o plano de cuidado.”

E9

“Após estudar sobre o assunto vi o quão fundamental se faz falar sobre espiritualidade, e tamanho efeito surge em atendimentos (principalmente para aqueles de cuidados paliativos).”

E14

- **Integralidade do sujeito**

Essa unidade de significado engloba 4 relatos que retratam que os participantes incluem na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual de pacientes por reconhecerem como o foco do seu atendimento o olhar para a integralidade do sujeito, reconhecendo a espiritualidade como parte integrante do indivíduo e, portanto, influente no processo de cuidado em saúde.

*“Porque o ser humano é multidimensional e necessita de cuidados
integrals.[...]”*

E3

*“Entendo o ser humano de forma integral e a dimensão espiritual é parte do
todo.”*

E5

“Porque faz parte do ser humano e eu o enxergo como um todo.”

E12

*“Porque precisamos conhecer o paciente em sua totalidade, isso inclui, além
das ocupações escolhidas e exercidas no seu cotidiano, a sua religião e/ou
crenças.”*

E15

Os participantes elencaram importantes motivos decorrentes da abordagem da dimensão espiritual de seus pacientes no ambiente hospitalar. Motivos estes que ultrapassam a questão do reconhecimento dos benefícios de tal abordagem, incluindo também a própria atuação profissional e o olhar integral ao sujeito. Isso nos faz pensar que a abordagem da espiritualidade para esses participantes é justificada para além dos benefícios envolvidos; é vista como um

direito considerando o indivíduo como um ser integral e um dever do terapeuta ocupacional em sua atuação profissional.

Em relação aos benefícios citados, esses relatos 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, conseqüentemente, o impacto das intervenções realizadas (Peres *et al.*, 2007; 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 a 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 que ameacem a vida e do sofrimento; podendo se constituir em um recurso que favorece a tranquilidade emocional e traz esperança ao sujeito (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 (Bouso *et al.*, 2010; Nascimento *et al.*, 2013).

Estudo realizado com uma equipe multiprofissional que atende pacientes crônicos em um ambiente hospitalar apontou os benefícios elencados pelos profissionais na inclusão da dimensão espiritual no cuidado em saúde. Percebem benefícios associados ao próprio processo saúde-doença, como 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 no estímulo a uma mudança de vida; benefícios na relação profissional da saúde-sujeito dos cuidados, como o fortalecimento do vínculo, a maior facilidade de abordar temas difíceis como a morte e de trabalhar a corresponsabilidade do sujeito no cuidado em saúde; e benefícios relacionadas à sua própria atuação, ou seja, o quanto abordar a espiritualidade do sujeito lhe traz uma gratificação pessoal e impede a “sensação de falência profissional” (Pinto, 2018).

Os benefícios mútuos, ou seja, aqueles relacionados tanto para o próprio profissional quanto para o sujeito, também 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 (Longuiniere *et al.*, 2018).

Os profissionais da saúde estão sujeitos a uma ampla gama de situações estressoras e abalos psicoemocionais decorrentes do cotidiano do cuidar/assistir. De acordo com uma revisão de literatura, práticas e abordagens com raízes espiritualistas podem prevenir a síndrome de *burnout* e a fadiga de

compaixão, melhorando a qualidade de vida e o *coping* do profissional da saúde. Portanto, mais do que um aspecto assistencial, a espiritualidade do profissional da saúde o protege de prejuízos à própria saúde, contribuindo com o seu bem estar (Kearney et al., 2009; Saporetti, Silva, 2021).

Em relação ao campo profissional, no contexto hospitalar, a atuação da terapia ocupacional consiste em colaborar com o enfrentamento do processo de adoecimento e com a própria hospitalização, favorecendo a participação e o envolvimento em atividades significativas, que podem estar voltadas ao autocuidado, à autopercepção, ao lazer ou ao próprio trabalho a depender do histórico ocupacional do paciente e da identificação de suas necessidades, ou seja, a partir de uma visão holística do sujeito, que envolve a busca pelo conhecimento de seu contexto histórico-cultural além do conhecimento técnico-científico do terapeuta ocupacional. O envolvimento em atividades significativas pode auxiliar na redução do estresse, motivar o restabelecimento da saúde, da autonomia e da qualidade de vida (AOTA, 2015; Dickie, 2011; Galheigo, 2008; Pereira et al, 2014; Santos, De Carlo, 2013).

Um estudo com o objetivo de investigar como clientes de terapia ocupacional vivenciam ou percebem a espiritualidade em suas ocupações apontou que, além de ocupações de cunho religioso (participação em cultos, oração, rituais), ocupações não religiosas também foram identificadas com significado espiritual, dentre elas, conectar-se à natureza, praticar arte, contemplação, momentos de silêncio ou relacionamentos significativos. Neste mesmo estudo, conexão, sentido, pertencimento e transcendência emergiram como componentes da espiritualidade nas ocupações. Dessa forma, o terapeuta ocupacional pode integrar adaptações ou novas ocupações que favoreça a dimensão espiritual como sentido da ocupação, como adaptar um ritual de meditação ou um momento de contemplação para aquele cliente (Milliken, 2020).

Portanto, negar a dimensão espiritual do paciente é privá-lo de uma expressão fundamental de significado e identidade, e comprometer a capacidade da terapia ocupacional de atuar de forma integral e centrada na pessoa.

5.1.2.2.2 Subcategoria temática 2: Processo de inclusão

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes a como se deu o processo de inclusão da abordagem da espiritualidade dos pacientes

no contexto hospitalar pelos participantes; quais fatores desencadearam o desejo ou a percepção da necessidade de inserção dessa dimensão no cuidado em saúde realizado. Foram identificados 15 relatos dispostos em 2 unidades de significado. Ressalta-se que alguns participantes relataram mais de um fator desencadeante desse processo.

- **Experiências/Capacitações profissionais**

Essa unidade de significado apresentada engloba 12 relatos que retratam que os participantes reconhecem o campo profissional como o fator que incentivou o processo de inclusão da abordagem da dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar. Nessa unidade o campo profissional é retratado como as experiências vividas junto aos pacientes ao longo da carreira e como a busca ativa por capacitações na área profissional que agregaram conhecimentos sobre o tema da dimensão espiritual em questão. Destaca-se os temas Cuidados Paliativos e Corona Virus Disease (COVID-19) como os mais influentes, nessa unidade, como disparadores à inclusão da espiritualidade no cuidado em saúde.

“Pela fé sempre consegui conectar os pacientes com a esperança, melhorar a paciência, aceitação dos estados imutáveis e permanentes e aceitação do final da vida.”

E2

“Através de participação e discussões em cursos, congressos e aperfeiçoamentos. Através de atendimentos de pacientes e familiares em Cuidados Paliativos, onde o adoecimento e situação ameaçadora da continuidade de vida gera sofrimento em diferentes dimensões e a necessidade de uma retomada das ocupações significativas e de um novo sentido para a vida.”

E3

“Contato com cuidados paliativos.”

E4

“Sempre procurei acolher o sentimento da pessoa e desenvolver qualquer rumo no trabalho a partir daí. Às vezes conversando sobre finitude e o que se deseja realizar.”

E8

“Desde que passei a ter uma prática centrada no cliente e considerar a influência de múltiplas dimensões no processo saúde/doença.”

E9

“Acho que foi através da vivência no trabalho e da construção de vínculos com os pacientes e dos trabalhos voltados para a subjetividade do sujeito.”

E13

“Meu TCC foi sobre a experiência espiritual diária e a variação da frequência cardíaca, os resultados foram satisfatórios e desde então abordo essa temática com meus pacientes (seja por conversa, música, imagens).”

E14

“Acho que foi através da vivência no trabalho e da construção de vínculos com os pacientes e do trabalho voltado para a subjetividade do sujeito.”

E15

“Sempre respeitei a escolha religiosa de cada pessoa, mas não trazia a espiritualidade para os atendimentos até começar a trabalhar com pacientes idosos e logo depois com os pacientes com Covid. Diante do processo de repensar a vida e enxergando a possibilidade de morte percebi o quanto a espiritualidade é importante.”

E16

“Aumentou após os serviços com palhaçaria hospitalar.”

E17

“Fiz curso para ser apoiadora da PNH, e entendi a importância de incluir a fé como fator motivacional na recuperação dos pacientes.”

E21

“Através de estudos, discussão com outra profissional, participação de cursos, palestras, workshop.”

E23

- **Atuação da Terapia Ocupacional**

Essa unidade de significado apresentada engloba 3 relatos que retratam que os participantes reconhecem que o processo de inclusão da abordagem da dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar se deu de forma natural devido à forma como compreendem a sua atuação profissional, e que não identificam um disparador em específico. A abordagem da espiritualidade ocorreu de forma natural tendo em vista as especificidades de sua atuação e olhar profissional sobre o indivíduo.

“Pra mim é natural atuar em terapia ocupacional e incluir a espiritualidade no cuidado.”

E5

“Através da entrevista, percebo a demanda, a importância da espiritualidade na vida deles e se julgar oportuno incluo.”

E20

“Na medida em que fui percebendo o quanto buscar o que realmente importava para o paciente, o que fazia com que seus olhos brilhassem, fui percebendo o poder daquilo que nos é sagrado, aquilo que não queremos que ninguém toque. E a partir daí, essas conversas foram ficando mais frequentes [...]”

E22

Os relatos dessa subcategoria temática reafirmam o já discutido e encontrado ao longo desse estudo: o quanto a vivência do sujeito em condições de cuidado influencia diretamente o profissional da saúde, contribuindo inclusive para que este repense valores e crenças e a sua própria atuação profissional. Além disso, reforça o quanto os terapeutas ocupacionais participantes desse estudo reconhecem a dimensão espiritual como parte integrante de sua atuação no cuidado em saúde.

Destaca-se a influência exercida pelo COVID-19, mundialmente vivenciado enquanto esta pesquisa foi realizada e enfatiza-se também os Cuidados Paliativos, verbalizado em alguns relatos como o disparador desse processo de inclusão da abordagem da espiritualidade dos pacientes no contexto hospitalar pelos participantes.

A pandemia da COVID-19, doença causada pelo coronavírus com primeiros casos datados em 2019, registrou 680 mil mortes até meados de agosto de 2020 (OMS, 2020). O Brasil, no ano de 2020 registrou 194.949 mortes, elevando esse número para 619.056 mortes no ano seguinte (MS, 2024). O medo gerado em decorrência dessa vivência, em muitos casos, se tornou crônico ou desproporcional, contribuindo para o aumento de desordens psicológicas e ansiedade. Além disso, as mudanças no trabalho em saúde que ocorreram nesse processo também contribuíram para tais desordens e estresse ocupacional entre os profissionais de saúde: aumento da carga horária de trabalho; estresse; pressão decorrente do elevado número de atendimentos graves; poucas horas de sono; infraestrutura muitas vezes inadequada; indisponibilidade de equipamentos de proteção individual em quantidade suficiente e de qualificação profissional; necessidade de adaptação às novas “ferramentas tecnológicas”; rápida disseminação de notícias falsas (*fake news*); necessidade de rápida adaptação ao modo online; o risco de ser infectado e transmitir para familiares e outras pessoas; reduzido apoio social devido intensos horários de trabalho e estigma da população em relação aos profissionais que trabalhavam na linha de frente (Park *et al.*, 2018; Greenberg, 2020; Pappa *et al.*, 2020; Carvalho *et al.*, 2020).

Cuidados paliativos é definido como uma abordagem que visa promover a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do

sofrimento. Essa abordagem afirma a vida e encara o morrer como um processo natural, não antecipando nem prolongando a morte; oferecendo um sistema de apoio e ajuda aos pacientes para viver tão ativamente quanto possível com um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação durante a doença do paciente e no processo do luto. Por isso requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Cuidados paliativos não se baseia em protocolos, mas sim em princípios, aliados ao resgate das singularidades e da biografia de cada paciente. Para ser concretizado se faz necessária a atuação de uma gama de profissionais que têm papéis igualmente importantes a desempenhar - médico, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, orientador espiritual; sendo a filosofia dos cuidados paliativos baseada em quatro pilares básicos: comunicação eficaz, controle adequado dos sintomas, apoio à família e trabalho em equipe (ANCP, 2012; OMS, 2020).

Podemos dizer que a COVID-19 e os Cuidados Paliativos constituem situações difíceis de serem vivenciadas; têm em comum o fato de exigir a criação ou ampliação dos protocolos existentes de cuidado e de colocar os profissionais em contato com a proximidade da finitude de vida, algo difícil de trabalhar no cuidado em saúde e ainda com pouco espaço para discussão na vida cotidiana, além de facilitar a aproximação e vinculação à dimensão espiritual.

Sabe-se que o contato com vivências que propiciam momentos de intensa elaboração mental, trazendo questionamentos acerca dos valores e crenças que eram, até então, norteadores da vida, se tornem uma porta para o contato com a transcendência (Vasconcelos, 2011; Rossato *et al.*, 2012).

Sendo assim, tais dados podem justificar o porquê as experiências profissionais podem funcionar como disparadores para a busca da própria espiritualidade, bem como da inclusão dessa dimensão no cuidado em saúde pelos profissionais participantes, considerando também o contexto em que tal pesquisa foi realizada.

5.1.2.2.3 Subcategoria temática 3: Como abordam

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes à forma como os participantes abordam a espiritualidade dos pacientes ao longo da atuação profissional no contexto hospitalar; isto é, de que maneira acessam essa dimensão no contato com o paciente e dão seguimento ao longo do plano de cuidado em saúde. Foram identificados 21 relatos dispostos em 3 unidades de significado. Ressalta-se que alguns participantes relataram mais de uma forma de abordagem.

- **Cuidado humanizado**

Essa unidade de significado apresentada engloba 14 relatos que retratam que a forma como os participantes abordam a dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar se dá através do conhecimento do paciente, ou seja, reconhecendo esse indivíduo como protagonista de sua história, estando dispostos a conhecer suas singularidades, graus de importância e relevância, como percebe o adoecimento e o tratamento de saúde através de conversas com pacientes e familiares, criação e fortalecimento de vínculo, escuta qualificada, oferta de um cuidado humanizado.

“De acordo com sua identificação e sua importância na vida desse paciente.”

E1

“Pergunto a crença da família, já que o bebê não tem essa construção. E dentro do que a família traz, eu conduzo o atendimento conforme a necessidade de cada caso.”

E2

“Através de escuta qualificada, avaliação terapêutica ocupacional para investigação das ocupações, rotina, hábitos e rituais. Acolhimento, reunião para comunicação e decisões compartilhadas entre paciente e família, para diretivas antecipadas de vontade e ressignificação da vida.”

E3

“Durante a intervenção, em busca de conforto ao paciente e sempre atento às “deixas” do processo, vou inserindo de forma natural a questão da espiritualidade, desde a fé no tratamento, na cura até no estímulo à esperança, ao perdão (auto e halo). Na maior parte das vezes não falo em religião, mas nos valores da espiritualidade.”

E5

“Converso com o paciente e se ele se interessa eu oriento dentro da religião dele, normalmente nem divulgo qual a minha. Apenas falamos da fé e da força da oração, pensar coisas boas, evitar as ruins no dia a dia, se possível.”

E7

“Pergunto se ele acredita ou se conecta com algo do universo importante para ele.”

E9

“Conversando a respeito do que ele acredita e investigando a sua religiosidade.”

E12

“Através de história de vida de cada um. Do que cada paciente apresenta, sendo iniciado gradualmente à medida em que a relação terapêutica se fortalece.”

E13

“Sempre de forma natural e respeitosa, geralmente na primeira conversa quando é realizada a busca ativa por atividades e ocupações realizadas antes da hospitalização (quando possível diretamente com o paciente).”

E15

“Na anamnese pergunto se o paciente tem religião, se pratica ou se tem fé em algo. Pergunto como são os rituais, quando tem, do que eles gostam, exemplo: hinos, cânticos, louvores ... e oferto o que for possível, oriento que eles

*continuem com a rotina adaptada dentro do hospital, se precisar é possível
chamar o pastor, padre...um líder religioso.”*

E16

“Durante toda abordagem terapêutica.”

E17

*“Temos um questionário em que o paciente sinaliza a espiritualidade/ religião.
A partir daí buscamos incluir o assunto durante a abordagem.”*

E21

*“Espero conhecer melhor o paciente e acolhê-lo. Na medida em que sinto que
o suporte é necessário, procuro conhecer essa parte de sua individualidade.”*

E22

*“Perguntando e acolhendo o que é espiritualidade ou religiosidade (muitos não
compreendem a diferença).”*

E23

A humanização traz para o atendimento em saúde o olhar integral, considerando o indivíduo em todas as suas dimensões, inclusive a espiritual. A assunção desse 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, a seguir:

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 introduzido 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 uso das tecnologias leves como recursos para abordar a dimensão espiritual dos pacientes hospitalizados.

Em sua obra, Feuerwerker, Bertussi e Merhy (2016) relatam que no encontro com o sujeito de cuidados, o profissional de saúde faz uso de uma “caixa de ferramentas tecnológicas” constituída por três tipos: tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve.

As ferramentas denominadas “tecnologia dura” estão vinculadas à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), sendo necessárias para alimentar o raciocínio clínico e outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas (Feuerwerker, Bertussi, Merhy, 2016).

As ferramentas denominadas “tecnologia leve-dura” estão ligadas a certos saberes bem definidos, como a clínica e a epidemiologia, e permitem processar o olhar do profissional sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista (Feuerwerker, Bertussi, Merhy, 2016).

A “tecnologia leve”; por fim, é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro profissional da saúde-sujeito de cuidados mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; possibilitando captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do sujeito, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do profissional. É neste território das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato que o sujeito tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca e de também afetar (Feuerwerker, Bertussi, Merhy, 2016).

- **Através do uso de recursos**

Essa unidade de significado engloba 6 relatos que retratam que a forma como os participantes abordam a dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar se dá através do uso de recursos como atividades disparadoras, criação de espaços de expressão, acolhimento e troca de experiências/vivências, oferta de atividades significativas para os pacientes. Filmes, meditações, orações, oficinas terapêuticas, grupos, palestras, músicas e leitura foram os recursos apontados.

“Com atividades, filmes, meditações e áudios.”

E6

“Às vezes fazemos pequenos encontros para oração quando os pacientes desejam. Às vezes incluímos a família.”

E8

“Oficinas terapêuticas.”

E10

“Através das palestras e grupos.”

E11

“Conversas terapêuticas e músicas tem sido os recursos mais usados para abordagem dos temas, principalmente com pacientes em cuidados paliativos.”

E14

“Através da conversa, músicas, leitura.”

E20

Essa unidade de significado traz à tona o uso de atividades/ocupações significativas como recurso para abordagem da espiritualidade dos pacientes hospitalizados, recursos estes que também são considerados eixos norteadores do processo terapêutico no campo da terapia ocupacional, como discutido previamente.

- **Demanda trazida pelo paciente**

Essa unidade de significado apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante aborda a dimensão espiritual quando esta demanda é trazida pelo próprio paciente.

“Passivamente, deixo o paciente trazer a necessidade deste cuidado/ assunto.”

E4

Este relato traz a realização do cuidado espiritual a partir da busca do paciente. Isso significa que o profissional só realiza o cuidado se o indivíduo traz essa dimensão durante os atendimentos; se ele busca falar de sua

espiritualidade para o profissional. Caso contrário, o trabalhador não discute esse aspecto durante o período de internação.

Neste sentido, faz-se importante ressaltar algumas reflexões: Será que todos os indivíduos internados, vivenciando um adoecimento, têm claro para si o seu sagrado? Conhecem a própria espiritualidade? Já haviam entrado em contato com sua espiritualidade antes do adoecimento?

Por ser um atributo inato ao ser humano, o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo que não a reconheça (Ross, 2006; Trevizan, Mendes, Cury e Mazon, 2000). Isso significa dizer que o homem, por sua própria natureza, possui uma dimensão espiritual, ou seja, uma tendência a buscar sentido, valores, e algo que transcenda o material. Mesmo que ele não tenha consciência disso ou não conheça a própria espiritualidade, essa dimensão se manifesta em sua forma de viver, nas suas atitudes, nas suas relações e na busca por propósito e significado na vida.

No entanto, 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. Dessa forma, em muitos momentos será necessário que o profissional da saúde auxilie nessa busca, nesse resgate da dimensão espiritual de seus pacientes durante o cuidado em saúde.

5.1.2.2.4 Subcategoria temática 4: Frequência com que abordam

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes à frequência com que os participantes abordam a espiritualidade dos pacientes ao longo da atuação profissional no contexto hospitalar. Foram identificados 24 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **A depender do caso**

Essa unidade de significado apresentada engloba 23 relatos que retratam que a frequência com que os participantes abordam a dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar ocorre de forma relativa, a

depender de cada paciente, suas singularidades; necessidade, importância, impacto, relevância de tema para o paciente; avaliação do terapeuta ocupacional; plano singular de cuidado traçado.

“Sempre que se faz necessário. Na avaliação procuro levantar a relação do paciente com a espiritualidade, e a partir daí vou acompanhando e identificando a sua demanda.”

E8

“Pelo menos em 1 atendimento realizo a abordagem, a depender do caso e da solicitação dele dou continuidade no assunto.”

E14

“Não há uma frequência estabelecida. Sempre que estou com a pessoa, o momento é único e dela. As coisas vão fluindo a partir daí.”

E22

Em relação ao momento adequado para realizar o cuidado espiritual e à frequência da abordagem, 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-entendidos. 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; Egan, Swedersky, 2003).

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 ter cuidado ao abordar essa dimensão, de forma a não ofender ou julgar as preferências religiosas de cada paciente, exercendo o cuidado da forma mais humana e integral possível (Lucchetti, *et.al.*, 2010).

- **Demanda trazida pelo paciente**

Essa unidade de significado apresentada engloba 1 relato que retrata que a frequência com que o participante aborda a dimensão espiritual de pacientes na atuação hospitalar está unicamente relacionada ao paciente, isto é, depende do paciente trazer esse tema para o atendimento.

“Quando o paciente pede algo do tipo.”

E7

5.1.2.3 Categoria Temática 3 - Inclusão da Dimensão Espiritual dos cuidadores familiares na atuação terapêutico-ocupacional hospitalar

Esta categoria temática retrata de que forma os participantes incluem a abordagem da dimensão espiritual dos cuidadores familiares no contexto de sua atuação profissional dentro do ambiente hospitalar. É composta por 3 subcategorias e 7 unidades de significado (Quadro 3).

Quadro 3: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 3 do Estudo 1 – participantes terapeutas ocupacionais.

Categoria Temática 3: Inclusão da Dimensão Espiritual dos cuidadores familiares na atuação terapêutica ocupacional hospitalar			
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias		
	1. Motivos da inclusão	2. Processo de inclusão	3. Como abordam
	Reconhecem os cuidadores familiares como sujeitos de cuidado	Atuação da Terapia Ocupacional	Reconhecimento de que também são sujeitos de cuidado
	Reconhecem a importância da família no cuidado ao paciente	Experiências/ Capacitações profissionais	Através do uso de recursos
Reconhecem benefícios			

Fonte: Pesquisa de campo

5.1.2.3.1 Subcategoria temática 1: Motivos da inclusão

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes aos motivos pelos quais os participantes incluem a abordagem da dimensão espiritual dos cuidadores familiares na atuação hospitalar. Foram identificados 17 relatos dispostos em 4 unidades de significado.

- **Reconhecem os cuidadores familiares como sujeitos de cuidado**

Essa unidade de significado apresentada engloba 9 relatos que retratam que os participantes incluem na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual dos cuidadores familiares por considerarem que eles também necessitam de cuidados, reconhecendo o impacto do adoecimento de um ente querido no contexto familiar, a sobrecarga do papel de cuidador e as mudanças vivenciadas, por perceber que a espiritualidade do cuidador familiar também pode aflorar na vivência do adoecimento de um ente querido.

“Porque familiares fazem parte do cuidado ao paciente. Para que estes busquem também retomar atividades significativas, promover saúde e qualidade de vida, auxiliando no enfrentamento do sofrimento em diferentes contextos, promovendo sentido e propósito a vida.”

E3

“Pelo mesmo motivo que abordo os pacientes. Entendo a família como meus clientes também.”

E5

“O cuidador também pode precisar de cuidados e de alimento espiritual para se manter firme nas tarefas diárias, só se o cuidador solicita.”

E7

“Porque o sofrimento com a doença nunca é só do doente.

E8

“Porque faz parte do contexto de cuidado.”

E9

“Porque dependendo da situação do paciente, do motivo da internação tem casos onde o familiar se encontra em situação de maior vulnerabilidade emocional, em alguns momentos necessitando de mais atenção que o próprio

paciente. Ou também pelo fato de auxiliar saber que o familiar poderá contribuir muito na recuperação do paciente, é preciso conhecê-lo e orientá-lo da melhor forma possível.”

E15

“Toda família precisa ser acolhida e ter uma escuta terapêutica para dias melhores.”

E17

“Muitas vezes a espiritualidade aflora, se torna importante em momentos de sofrimento.”

E20

“Pela importância no cuidado do paciente e de sua família, ambos se ajudam mutuamente.”

E23

- **Reconhecem a importância da família no cuidado do paciente**

Essa unidade de significado apresentada engloba 6 relatos que retratam que os participantes incluem na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual dos cuidadores familiares por reconhecerem a participação e o papel deles no processo de cuidado, recuperação, reabilitação e sobrevivência do paciente, neste caso, relacionada ao bebê recém-nascido.

“São responsáveis pela sobrevivência dos bebês.”

E1

“Faz parte do cuidado com o paciente.”

E4

“Porque o familiar é muito importante neste processo e a religiosidade está muito presente em momentos da internação.”

102

“Os cuidadores fazem parte da linha de cuidados com o paciente, sendo assim é fundamental tratar essa temática com eles e até mesmo ser uma forma de envolvê-los nos atendimentos.”

E14

“Considero importante que os cuidadores familiares tenham uma mesma linha de raciocínio.”

E21

- **Reconhecem benefícios**

Essa terceira unidade de significado apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante inclui na sua atuação profissional hospitalar a abordagem da dimensão espiritual dos cuidadores familiares por reconhecer o benefício da melhora da aceitação do adoecimento do ente querido como decorrente dessa inserção.

“Melhora da aceitação da doença.”

E11

Os resultados encontrados nessa subcategoria temática corroboram com a literatura acerca do impacto do desempenho do papel de cuidador familiar de um ente com doença crônica, bem como as demandas emergidas para o campo da terapia ocupacional. Além disso, retratam o benefício da inclusão da dimensão espiritual dos cuidadores familiares no campo da saúde como recurso favorável ao enfrentamento do novo papel ocupacional e do próprio adoecimento.

Vários estudos mostram o impacto negativo na saúde do cuidador, tais como estresse, desamparo, perda de controle, falta de domínio, vergonha, exclusão, incômodo, risco de adoecer, acúmulo de trabalho em casa. Além disso, identifica-se sobrecarga em diversos domínios da vida do cuidador, como: social,

físico, emocional, espiritual, ocorrendo o cuidado ininterrupto, a ausência de apoio institucional da própria família e da sociedade em geral (Giacomin *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Pimenta *et al.*, 2009; Garrido, Menezes, 2004).

Pesquisa realizada com cuidadores familiares de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) mostrou que esses cuidadores vivenciam sentimentos de pesar e impotência durante o desempenho desse papel. Essas sensações trazem implicações emocionais e psicológicas que interferem no seu modo de ser e de viver (Oliveira *et al.*, 2018).

Além disso, Atividades Básicas de Vida diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), descanso e sono, lazer, participação social e trabalho são negligenciadas ou reduzidas em decorrência do desempenho desse papel; todas as ocupações susceptíveis à intervenção da Terapia Ocupacional (Costa *et al.*, 2018).

Portanto, como pode-se perceber, a doença crônica impacta pacientes e cuidadores familiares, exigindo, muitas vezes, uma reorganização do modo de vida. A dimensão espiritual, além de ser uma das ocupações que o indivíduo desempenha no seu dia a dia, é apontada como um recurso favorável no enfrentamento dessas comorbidades, bem como de seus impactos e repercussões. O terapeuta ocupacional é o profissional da saúde capacitado em trabalhar com as ocupações diárias visando o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

5.1.2.3.2 Subcategoria temática 2: Processo de inclusão

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes a como se deu o processo de inclusão da abordagem da espiritualidade dos cuidadores familiares no contexto hospitalar pelos participantes; quais fatores desencadearam o desejo ou a percepção da necessidade de inserção dessa dimensão no cuidado em saúde desempenhado. Foram identificados 13 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Atuação da Terapia Ocupacional**

Essa unidade de significado apresentada engloba 6 relatos que retratam que os participantes reconhecem que o processo de inclusão da abordagem da dimensão espiritual de cuidadores familiares na atuação

hospitalar se deu de forma natural devido à forma como compreendem a atuação profissional. Não identificam um motivo disparador em específico. A abordagem da espiritualidade ocorreu de forma natural tendo em vista as especificidades da atuação do terapeuta ocupacional sobre o indivíduo, considerando-a parte do escopo de atuação da profissão.

“Faz parte da avaliação do meu sujeito quando necessário.”

E4

“Pra mim é natural atuar em terapia ocupacional e incluir a espiritualidade no cuidado.”

E5

“A família faz parte do cuidado.”

E9

“Gradativamente ao longo da internação.”

E11

“De forma natural.”

E15

“Vem acontecendo gradativamente, principalmente nos pacientes de cuidados paliativos ou doenças crônicas.”

E22

- **Experiências/Capacitações profissionais**

Essa unidade de significado apresentada engloba 5 relatos que retratam que os participantes reconhecem o campo profissional como o fator que incentivou o processo de inclusão da abordagem da dimensão espiritual de cuidadores familiares na atuação hospitalar. Nessa unidade o campo profissional é retratado como as experiências vividas junto aos pacientes ao longo da carreira e como a busca ativa por capacitações na área profissional que agregaram

conhecimentos sobre o tema da dimensão espiritual em questão. Destaca-se a influência do contato com o tema ou da própria atuação em Cuidados Paliativos.

“Aceitar que o parto não foi conforme o sonhado e planejado, assim como o bebê que nasceu, em alguns casos, só consigo envolvimento da família no cuidado dessa criança pela fé. Quando a família não tem bom envolvimento com a fé, esse processo é mais lento.”

E2

“Através de aprimoramento profissional e prática com pacientes em Cuidados Paliativos me intensificou a busca pela atuação na Dimensão Espiritual do ser humano.”

E3

“Foi quase simultaneamente com a inclusão dos pacientes. Às vezes conversamos juntos, paciente e família, as vezes em grupo separado.”

E8

“Fiz curso para ser apoiadora da PNH, e entendi a importância de incluir a fé como fator motivacional na recuperação dos pacientes.”

E21

“O processo foi facilitado quanto maior era o sofrimento ou proximidade da terminalidade de vida.”

E23

Pode-se verificar a semelhança entre o processo de inclusão da abordagem da dimensão espiritual tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores familiares por parte dos terapeutas ocupacionais. Ambos os processos decorreram a partir de capacitações profissionais e do reconhecimento dessa abordagem como integrante do escopo da atuação do terapeuta ocupacional.

5.1.2.3.3 Subcategoria temática 3: Como abordam

Nessa subcategoria estão agrupados os relatos referentes à forma como os participantes abordam a espiritualidade dos cuidadores ao longo da atuação profissional no contexto hospitalar; isto é, de que maneira acessam essa dimensão no contato com o paciente e dão seguimento ao longo do plano de cuidado em saúde. Foram identificados 15 relatos dispostos em 2 unidades de significado. Ressalta-se que alguns participantes relataram mais de uma forma de abordagem.

- **Reconhecimento de que também são sujeitos de cuidado**

Essa unidade de significado apresentada engloba 9 relatos que retratam que a forma como os participantes abordam a dimensão espiritual dos cuidadores familiares na atuação hospitalar ocorre por reconhecê-los como sujeitos que também necessitam de cuidados. Desta forma investigam sobre a crença, ofertam escuta qualificada, reunião em equipe, orientações ao longo da avaliação e/ou do seguimento de cuidado.

“Na avaliação.”

E1

“Pergunto se a família tem alguma crença.”

E2

“Através de escuta, avaliação do familiar/cuidador, reunião familiar com equipe, orientação e cuidado diário com o paciente e familiares.”

E3

“Mesma maneira do paciente, converso e se ele se interessa eu oriento dentro da religião dele, normalmente nem divulgo qual a minha. Apenas falamos da fé e da força da oração, pensar coisas boas, evitar as ruins no dia a dia, se possível.”

E7

“Pergunto se ele acredita ou se conecta com algo do universo importante para ele.”

E9

“Nas visitas realizadas.”

E11

“De forma natural, inicialmente em forma de entrevista e conversa.”

E15

“Durante toda abordagem.”

E17

“Através do diálogo sobre suas próprias crenças e as de seu ente querido internado, peço que indiquem músicas que os agradem e possam agradar ao paciente.”

E20

- **Através do uso de recursos**

Essa unidade de significado apresentada engloba 5 relatos que retratam que a forma como os participantes abordam a dimensão espiritual dos cuidadores familiares na atuação hospitalar se dá através do uso de recursos como atividades disparadoras, acolhimento, oferta de atividades significativas. Filmes, meditações, orações, textos, conversas, músicas e leitura foram os recursos apontados.

“Meditações, filmes, textos, música e áudios.”

E6

“Conversas informais, relaxamento, textos disparadores.”

108

“Através da conversa, músicas, leitura.”

E20

“Através de conversas fora e/ou dentro das enfermarias, proposta de leituras...”

E22

“Estabelecendo vínculo e acolhendo.”

E23

5.2. Estudo 2

5.2.1 Caracterização dos participantes

Dos 25 participantes da pesquisa, 9 possuem doenças crônicas não transmissíveis (36%) e 16 são cuidadores familiares de paciente com doenças crônicas não transmissíveis (64%) internados.

Os dados estão organizados e serão apresentados separadamente.

5.2.1.1 Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Esses participantes apresentam idade entre 31 e 77 anos (*média* = 57,77) e, como demonstrado na tabela 7, são na sua maioria mulher cisgênero e casados. A maioria está vivenciando um tratamento para neoplasia.

Tabela 7: Caracterização sociodemográfica dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.

	Variável	Frequência	
		N	%
Identidade de gênero	Mulher cisgênero	8	89
	Homem cisgênero	1	11
Estado civil	Casado	5	56
	Solteiro	3	33

	Vendedora	2	22
	Do lar	2	22
	Professora	2	22
Profissão	Viúva	1	11
	Artesã	1	11
	Auxiliar administrativa	1	11
	Caminhoneiro	1	11
Doença Crônica em tratamento	Neoplasia	6	60
	Doença Renal Crônica (DRC)	3	30
	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	1	10

Fonte: Pesquisa de campo.

A tabela 8 apresenta os dados relacionados às práticas espirituais que os participantes elencaram realizar. Dentre eles, apenas 1 participante refere participar de práticas espirituais, sinalizando o Batismo, a Santa Ceia e os cultos, sendo, pelo menos uma delas, com frequência de uma vez na semana.

Tabela 8: Práticas espirituais dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.

	Variável	Frequência	
		N	%
Participam de alguma prática espiritual	Sim	1	11
	Não	8	89
Práticas Espirituais	Culto, Santa Ceia, Batismo	1	100
Frequência	Diariamente	0	0
	1 vez na semana	1	100
	2 vezes na semana	0	0
	3 vezes na semana	0	0

Fonte: Pesquisa de campo.

Já a tabela 9 apresenta os dados relacionados às práticas religiosas que os participantes elencaram realizar. Dentre eles, 8 participantes

referem participar de uma ou mais práticas religiosas, entre elas, frequentar os cultos, fazer orações e cantar/ouvir hinos, sendo a frequência de uma vez na semana a mais destacada.

Tabela 9: Práticas religiosas dos participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.

	Variável	Frequência	
		N	%
Participam de alguma prática religiosa	Sim	8	89
	Não	1	11
Prática religiosas	Culto	7	40
	Oração	2	12
	Hino	2	12
	Batismo	1	6
	Evangelização	1	6
	Mandamentos	1	6
	Rituais	1	6
	Visita nos lares	1	6
	Santa Ceia	1	6
Frequência	1 vez na semana	3	37,5
	Diariamente	2	25
	3 vezes na semana	2	25
	2 vezes na semana	1	12,5

Fonte: Pesquisa de campo.

Assim como visto no Estudo 1, pode-se perceber que há práticas que aparecem tanto como sendo espirituais quanto religiosas, como “Culto”, “Santa Ceia” e “Batismo”. As práticas elencadas como espirituais estão relacionadas a religiões específicas. É possível supor que, para os participantes do estudo 2, práticas espirituais e religiosas apresentam o mesmo sentido/conceito. Isso pode ser justificado pela própria definição dos termos “espiritualidade” e “religião”, como discutido previamente no estudo 1.

5.2.1.2 Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

A tabela 10, a seguir, apresenta os dados relativos às variáveis identidade de gênero, estado civil, profissão e religião dos participantes cuidadores familiares. Como pode-se ver, esses participantes apresentam idade entre 31 e 72 anos (*média* = 56) e são, na sua maioria, mulher cisgênero e casados.

Tabela 10: Caracterização sociodemográfica dos participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.

	Variável	Frequência	
		N	%
Identidade de gênero	Mulher cisgênero	13	81
	Homem cisgênero	3	19
Estado civil	Casado	11	69
	Solteiro	2	12,5
	Viúva	2	12,5
	Divorciado	1	6,5
Profissão	Do lar	6	37,5
	Doméstica	2	12,5
	Empresária	2	12,5
	Administrador	1	6,25
	Médico	1	6,25
	Ferrovário	1	6,25
	Motorista	1	6,25
	Cuidadora formal	1	6,25
	Aposentado	1	6,25
	Religião	Católico	7
Evangélico		7	43,7
Testemunha de Jeová		1	6,25
Espírita		1	6,25

Fonte: Pesquisa de campo.

Destaca-se que uma participante que desempenha o papel de cuidadora familiar de um ente querido, também trabalha como cuidadora formal de idosos. Ao longo da entrevista, relata sobre a manutenção desse trabalho e sobre o seu desgaste no desempenho de ambos, porém a questão financeira traz a necessidade por mantê-lo. Tal resultado vai ao encontro da literatura sobre o fato de se tornar um cuidador familiar não ser uma escolha própria, mas uma necessidade da família. Desta forma, a pessoa se torna responsável pelo suporte às necessidades do familiar de maneira repentina, tendo que enfrentar as dificuldades, a superação de obstáculos e a adaptação a uma nova rotina de vida, tendo que lidar com demandas relacionadas aos limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico (Sommerhalder, 2001; Gomes, Resck, 2009; Lipp, 2012; Barros *et al.*, 2013; Guimarães, Ximenes *et al.*, 2014).

Dos participantes que definiram uma afiliação religiosa, 14 (87,5%) disseram ser praticantes, enquanto 1 (6,25%) relatou não ser e 1 (6,25%) ser “mais ou menos” praticante.

A tabela 11 apresenta dados relativos às características do papel de cuidador desempenhado pelos participantes, como: o ente que cuida atualmente, o tempo que exerce esse cuidado, o diagnóstico do ente querido e a experiência prévia como cuidador familiar. Importante destacar que alguns entes cuidados possuíam mais de um diagnóstico.

Tabela 11: Caracterização do papel de cuidador desempenhado pelos participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – Estudo 2.

	Variável	Frequência	
		N	%
De quem cuida	Pai/Mãe	8	50
	Cônjuge	2	12,5
	Enteado	1	6,25
	Cunhada	1	6,25
	Tia	1	6,25
	Irmão	1	6,25
	Sobrinha	1	6,25

	Filho	1	6,25
Diagnóstico do familiar que recebe cuidados	Neoplasia	6	27,3
	Demências	6	27,3
	AVE	4	18,2
	DRC	3	13,7
	ICC	1	4,5
	Doença de Parkinson	1	4,5
	Enfisema pulmonar	1	4,5
Tempo que cuida desse familiar	0 a 5 anos	9	56,25
	6 a 10 anos	3	18,75
	11 a 20 anos	2	12,5
	21 a 30 anos	1	6,25
	+ 30 anos	1	6,25
Outro familiar cuidado previamente	Mãe	5	50
	Filho	1	10
	Tio	2	20
	Cunhado	1	10
	Sogros	1	10

Fonte: Pesquisa de campo.

Percebe-se que a maioria é cuidador do pai ou da mãe, com os diagnósticos mais prevalentes de Neoplasia e de Demência. Os participantes exercem o papel de cuidador desse familiar no período de 0 a 5 anos e apresentam experiência prévia de cuidador familiar, prevalentemente da mãe.

5.2.2 Categorias de Análise

Dos 25 participantes da pesquisa, 9 são pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (36%) e 16 são cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (64%) internados.

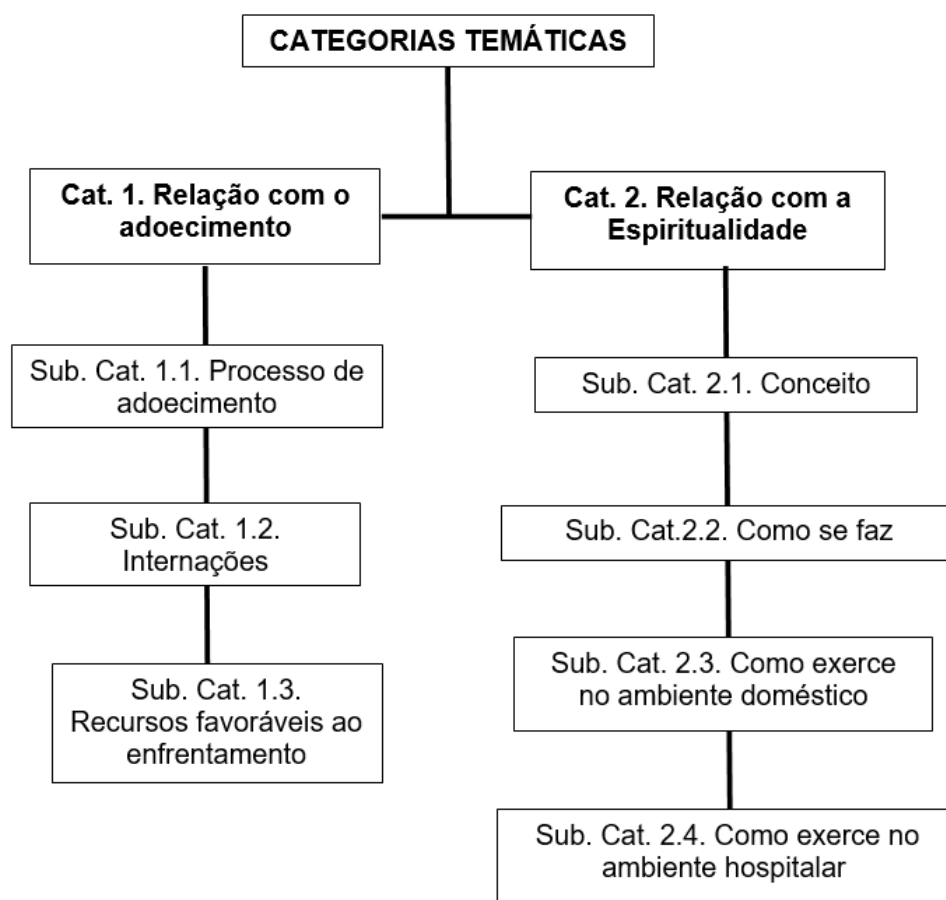
Os dados estão organizados e serão apresentados separadamente.

5.2.2.1 Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Este estudo teve como resultado duas categorias temáticas centrais, sete subcategorias (Figura 2) e dezoito unidades de significado (Quadro 4 e Quadro 5).

As categorias de análise emergidas neste estudo são: a **Relação com o adoecimento**, composta pelas subcategorias: Processo de adoecimento; Internações; Recursos favoráveis ao enfrentamento e a **Relação com a espiritualidade**, dividida nas subcategorias: Conceito; Como se faz presente; Como exerce no ambiente doméstico e Como exerce no ambiente hospitalar (Figura 2).

Figura 2: Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.



Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.1.1 Categoria Temática 1 – Relação com o adoecimento

Esta categoria temática retrata como os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis se relacionam com o seu processo de adoecimento e todos os aspectos e fatores que envolvem o mesmo, como os períodos de internações, procedimentos, tratamentos. É composta por 3 subcategorias e 7 unidades de significado (Quadro 4).

Quadro 4: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Categoria Temática 1: Relação com o adoecimento			
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias		
	1. Processo de adoecimento	2. Internações	3. Recursos favoráveis ao enfrentamento
	Estreitamento com Deus	Momento Difícil	Deus
	Processo Difícil	Ser exemplo	Família
			Equipe

Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.1.1.1 Subcategoria temática 1: Processo de adoecimento

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como é para os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis vivenciar esse adoecimento desde o início do diagnóstico. Foram identificados 7 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Estreitamento com Deus**

Essa unidade apresentada engloba 4 relatos que retratam que a forma dos participantes vivenciarem o processo de adoecimento é baseada num estreitamento da sua relação com Deus, seja encarando essa vivência como uma prova de Deus em sua vida ou se apegando à Deus e solicitando a melhora ou cura de sua doença.

” Olha... desde o começo... eu... Vivenciar esse adoecimento, eu vejo assim..., uma prova de Deus pra minha vida... Entendeu? Porque eu vejo muitas pessoas indo embora com essa enfermidade e eu tô aqui... Eu vejo a mão de Deus em minha vida... Então quando eu entrei hoje na quimioterapia, eu já escrevi no celular: 'Sou feliz, tenho Jesus, obrigado Senhor'.”

Pp2

“Para poder vivenciar a gente tem que ter o conhecimento da Bíblia, da palavra de Deus. E se comprometer com ela, né? Então, como o catolicismo é uma religião cristã, a gente se apega àquilo que Cristo pediu.”

Pp4

“Pedindo a Deus, né? Pra dar melhora para a gente, pra poder passar por isso, não é?”

Pp10

“Ó, mostrar para muitas pessoas que Deus, Ele tá sempre em primeiro lugar. Ele não tá só nos momentos difíceis. Não, ele está em todos os momentos e quando a gente busca, Ele ouve, né? Ele resolve. Ele pode. Ele pode, porque tá lá na Bíblia... Ele pode nos ajudar! Pode nos curar! Porque se Ele já levou todas as enfermidades, morreu ali na Cruz por cada um de nós, então Ele pode fazer tudo por cada um de nós, basta cada um de nós querer, porque se a gente não querer, Ele não vai agir na nossa vida.”

Pp11

É possível perceber pelos relatos desses participantes que a forma como lidam com o adoecimento já engloba a questão da dimensão espiritual, ou seja, a espiritualidade é vista como uma forma de enfrentamento desse processo. Tais relatos corroboram com os estudos acadêmicos que trazem a espiritualidade como um recurso favorável ao enfrentamento do adoecimento desde o diagnóstico.

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 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-se efeitos benéficos da oração na redução do estresse e da ansiedade, bem como na prevalência de infecções na cicatriz cirúrgica (Chiang, 2014).

A espiritualidade daqueles que enfrentam um adoecimento pode repercutir positivamente no seu tratamento, bem como no enfrentamento da situação vivida (Nascimento *et al.*, 2013). 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 (Peres *et al.*, 2007).

- **Processo difícil**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos em que os participantes denominam como um processo difícil a vivência do adoecimento

por ser um período de incertezas, nunca imaginado, de luta; que envolve compreensão e aceitação da doença; por perdas enfrentadas pelo caminho.

” Muito difícil. É muito complicado, né? Entender e aceitar que um dia eu chegaria no ponto que eu cheguei aqui. Eu cheguei ficar numa cama com os meus problemas de saúde. Para a minha família também tá sendo muito difícil, mas eu acho que para mim está sendo mais porque eu não quero aceitar, né? No caso, eu quero dizer para mim mesmo que eu não estou com problema, mas é difícil, muito difícil. É, é uma luta, né? É uma luta. Por vezes é um dia de cada vez, não é? Estamos aí, estamos tentando sobreviver a cada momento, a cada segundo, a cada desespero, a cada chuva, cada sorriso, a cada tudo, né? Cada dia que amanhece que eu abro os olhos, eu falo, estou acordada, não é? Eu vou dormir, eu acordo. Eu acordei de novo. Então, noites passando mal, achando que não vai acordar e no outro dia você fala, estou acordada de novo.”

Pp12

“É difícil por já ter tido dois cânceres. Então, a notícia de um terceiro foi realmente difícil e principalmente agora, porque eu perdi a minha mãe no mês de junho do ano passado, no Covid. Então, agora o terceiro tratamento é mais complicado, terceira internação, porque eu não tenho ela... Nos outros 2, ela estava sempre comigo e nesse terceiro eu não tenho.”

Pp13

“Ai é difícil, né? A gente não acredita que vai acontecer com a gente, só com os outros, com a gente nunca acontece. Isso que é difícil e quando eu soube que eu ia ter que fazer hemodiálise, o chão abriu. Entrega tipo um 1/3 da vida, né? Seria tipo 1/3 da vida dentro do hospital.”

Pp21

Os resultados encontrados neste estudo caracterizando a vivência do adoecimento como um processo difícil de aceitação e enfrentamentos,

repleto de incertezas, sentimentos e lutas que corroboram com o encontrado na literatura (Barsaglini, Soares, 2018; Dib *et al.*, 2022).

Estudo com adultos jovens vivenciando um adoecimento de longa duração mostrou impactos na aparência devido ao tratamento, sobressaindo a queda de cabelo e as estratégias cotidianas de enfrentamento, bem como o aumento ou a perda de peso; e o impacto marcante da iminência da morte diante da letalidade da doença e o testemunho da ocorrência em pessoas conhecidas, colocando-a como possibilidade concreta para si, mas também como sobreviventes; provocando sentimentos mobilizados por ideias sobre uma doença grave (Barsaglini, Soares, 2018).

Outro estudo recente, de 2022, que objetivou analisar as representações sociais do câncer para pacientes adultos oncológicos hospitalizados e apontar sua relação com aspectos do cotidiano de enfrentamento do diagnóstico e do adoecimento por essa patologia, encontrou como resultado, num primeiro momento, a tríade cognitivo-afetivo evidenciada pelos cognemas “doença”, “tristeza” e “morte” como núcleo central, associadas à outras palavras como “ruim”, “dor”, “sofrimento”, “medo”, “horrível” e “preocupação”. A partir dessa tríade, observa-se o senso comum por meio da ideia de doença, ao passo que a tristeza se apresenta como manifestação afetiva diante da possibilidade do adoecimento e a morte como uma relação direta atrelada ao diagnóstico de câncer. Em decorrência dos impactos causados com o recebimento do diagnóstico e tratamento, manifestam-se sentimentos de tristeza e sofrimento encontrados nos resultados do estudo, em virtude das mudanças significativas que a doença causa nos aspectos físico e emocional, além das atividades diárias e da rotina desse paciente (Dib *et al.*, 2022).

Em um segundo momento, essa representação se organizou ao redor da dimensão prática, que abarca, paradoxalmente, as possibilidades de morte e de cura, e a relação com o transcendente, por meio do cognema “Deus”. Essa dimensão prática das representações configura, em algum momento, um regime de controle de sua existência em face de uma doença grave, de forte conotação simbólica, de possibilidade de desfiguração corporal e morte, com graus consideráveis de sofrimento (Dib *et al.*, 2022).

Tal estudo também verificou certa resistência da pessoa com câncer no que diz respeito à aceitação do diagnóstico e à adaptação diante da nova realidade em que se encontra (Dib *et al.*, 2022).

5.2.2.1.1.2 Subcategoria temática 2: Internações

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como é para os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis vivenciar as internações decorrentes do processo de adoecimento. Foram identificados 8 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Momento difícil**

Essa unidade apresentada engloba 7 relatos em que os participantes denominam como um momento difícil a vivência das internações por entrar em contato com a própria fragilidade e com a fragilidade de outros pacientes internados; pela própria rotina hospitalar; pela distância de familiares; pelo resgate de uma vivência e perda anterior, pelos laços e relações familiares existentes.

“É muito difícil, muito difícil, eu entro quase em pânico ter que ficar internada, tanto é que eu sempre tenho que trazer uma pessoa comigo, tá certo que eu tô debilitada, eu quase não tô andando direito né, e eu preciso da pessoa pra me ajudar... Mas... é... viver isso... também a gente vê o lado das outras pessoas necessitadas e doentes que estão aqui... que tem gente que tá muito pior do que eu... Que precisa das nossas orações, que precisa de um carinho, um afeto, de uma palavra de esperança, de fé... É assim que eu me sinto.”

Pp2

“Logo que eu comecei o tratamento eu já vinha de um momento difícil de família... minha cunhada teve, né? O câncer... E ela faleceu, então a gente vivia assim, aquela situação de família... A família dela mais especificamente os filhos precisaram muito de apoio, então a gente buscou muito mesmo na formação religiosa e eu sempre confiei... Então eu acho que a vida da gente não é da gente, não é nossa; ela é de Deus. Então é

assim... me sinto amparada, né? Eu não tenho filhos e já estava sem meus pais e enfrentar tudo isso sozinha ia ser muito difícil. Então a minha irmã caçula me acolheu na casa dela e eu estou lá até hoje. E é assim... a gente está buscando força assim.”

Pp4

“É... é difícil. Não posso fazer nada, não. Hãã... Porque eu dormir incomoda, né? A gente gosta de estar na casa da gente, não?!”

Pp10

“Muito difícil sem meus filhos e meu marido. Meu marido estava como... ele tá como meu companheiro. Não... como é que fala? Responsável! Responsável, né? É meu companheiro tudo, mas ele pegou uma virose faz 3 dias. Felizmente não é Covid, graças a Deus! Fez dois testes. Na verdade, os 2 deu negativo. Ele realmente pegou uma virose de infecção de comida. Uma mortadela que ele comeu com pão, então ele não está vindo fazer companhia para mim, me ajudar um pouco mais, porque nas horas dos vômitos, nas horas das dores, nas horas de agonia, ele que está aqui do meu lado, né?! E está ficando cada vez mais difícil, porque não estou podendo ouvir no momento que ele não está bem de saúde. Logo mais, se Deus quiser, ele vai voltar. Tenho fé que essa semana ele vai melhorar. E ficar sem os meus filhos, né? Está sendo ainda mais difícil, né? Sem ver meus grandão de 22, um de 13 e outro de 9. Difícil viver nesse mundo. É um mundo muito cruel. Não é fácil. Não, não é para qualquer um não. Tem que ter muita garra, tem que ter muita coragem para enfrentar isso aqui.”

Pp12

“É difícil a internação para mim, por conta que eu tenho uma criança de 9 anos e ser só eu, meu pai e ele.”

Pp13

“Terrível, não é bom não. O ser humano, por mais que sempre queira ser bom, ainda é muito egoísta. É difícil esperar os outros; a vontade dos outros.”

“Coisa pior do mundo. Eu estou tão fraco, que eles dão banho em mim, na cama.”

Alguns autores já trazem na literatura as características do ambiente hospitalar e sua influência na vida dos pacientes internados (Sant’anna, 2000; Menegatto, 2006; Silva, 2010; Paim *et al.*, 2011; Pessini, 2014; Dib *et al.*, 2022).

As falas trazidas pelos participantes corroboram com os estudos que apontam que o enfrentamento de um adoecimento para o paciente hospitalizado é potencializado pela perda da privacidade; constantes manipulações; convívio com pessoas novas em diferentes processos de adoecimento; realização de inúmeros exames; cansaço; ruídos; desconforto; desejo de estar em casa; privação de ocupações significativas e rotineiras e, por vezes, do convívio familiar e social; vivências de medos, insegurança, angústia, ansiedade e sentimento de abandono (Sant’anna, 2000; Menegatto, 2006; Silva, 2010; Paim *et al.*, 2011; Pessini, 2014; Dib *et al.*, 2022).

- **Ser um exemplo**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato em que o participante refere perceber os períodos de internação como uma oportunidade de servir de exemplo de fé para as demais pessoas que enfrentam um adoecimento.

“Assim... a cada dia que eu me interno, tem uma pessoa que está precisando de uma palavra amiga, de um exemplo do que está acontecendo comigo e isso fortalece a elas como muitas mesmas já chegaram a falar para mim se você venceu a tudo isso, porque eu mostro as cirurgias... Elas falam que vão conseguir também. Então é um exemplo de fé para elas!”

Esse relato traz consigo a questão da espiritualidade. É possível observar a dimensão espiritual como um fator favorável ao enfrentamento de um adoecimento (Rossato *et al.*, 2012; Nascimento *et al.*, 2013; Chiang, 2014; Aires, De Carvalho, 2015; Dib *et al.*, 2022).

Além disso, neste relato, também é possível perceber que a espiritualidade possibilitou o desempenho de um novo papel ocupacional: o de ser exemplo; o de ser uma figura de referência para outros sujeitos adoecidos no enfrentamento de uma doença. O quanto isso pode ser importante nessa vivência que é repleta de medos, inseguranças e ausência de sentidos de vida.

5.2.2.1.1.3 Subcategoria temática 3: Recursos favoráveis ao enfrentamento

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos dos recursos internos e externos que os participantes identificam que dão força, que os ajudam a enfrentar o processo de adoecimento. Foram identificados 10 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Deus**

Essa unidade apresentada engloba 4 relatos em que os participantes identificam Deus como o recurso que os auxilia a enfrentar o adoecimento por ser o dono da vida e ter o controle sobre ela; por trazer força.

“Como falei, penso que a vida não é nossa, não é... A gente passa por aqui e Deus nos leva a um convívio maior, tanto com Ele, em primeiro lugar, como com as pessoas que convivemos. Nem sempre a vivência é tudo aquilo que a gente gostaria né? Mas a gente encontra força em Deus mesmo, né? Não tem outro amparo se não for Ele.”

Pp4

“Só Deus.”

Pp11

“Esperança de viver né filha? Me apego com Deus e enfrento...”

Pp14

“Com certeza Deus! Nessa hora a fé abala também. É... a gente vê e pensa: ‘por que comigo? Por que comigo?’ E todo mundo faz essa pergunta: ‘por que comigo?’ Mas Ele, Deus, sabe o que faz, né? Sabe o que fala! Está Deus na torcida para tudo. E quando chegar a hora de ir, não adianta eu dizer não.”

Pp21

- **Família**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos em que os participantes identificam a família como o recurso que os auxilia a enfrentar o adoecimento, considerando família não só a presença física dos membros familiares, mas as relações e sentimentos estabelecidos entre eles.

“O que me dá força? É minha família e meus familiares. É lutar pra sarar, pra poder estar do lado deles novamente.”

Pp2

“É olhar para a minha filha. Todo dia eu falo com ela em vídeo, meus filhos em geral... pelo amor de Deus, longe de mim! Eu amo meus 2 homens... filho homem é filho homem, né? O amor da sua vida, né? Mas a minha filha, ela me dá uma força, uma coragem muito grande, muito. E cada lágrima dela, cada sorriso dela, cada palavrinha que ela me chama de ‘meu mundo’... Ela fala que eu sou o mundinho dela, fala o meu mundo, minha rainha, é onde me dá aquela coragem de falar: ‘não, eu tenho que viver, tenho que lutar, não é?’.”

Pp12

“Meu filho. Porque é assim... eu falo assim que Deus me fez tia antes de me fazer mãe, então eu tive 2 sobrinhos e quando eu não queria ter filhos

mesmo, veio meu menino. Não demorou muito porque ele estava com 5 aninhos, começou os cânceres e ele sempre foi carinhoso. Ele, sem a mãe, não desiste, não. Então a mãe não desiste, porque ele realmente não quer que desista, então eu falo por chamada de vídeo com ele todo dia. A cada internação. Toda vez que eu vou embora, no mesmo dia ele também vai, porque ele fica sempre na casa do pai quando eu estou internada. Mas quando eu vou embora, ele também vai. Então ele é a minha âncora que me mantém aqui. A minha mãe era o que não me deixava afundar. Porque ela não me permitia desistir nunca. Mas aí agora é ele.”

Pp13

- **Equipe**

Essa unidade apresentada engloba 3 verbalizações em que os participantes identificam a própria equipe que realiza os cuidados de saúde como o recurso que os auxilia, que dá força para enfrentar o adoecimento, com o estabelecimento de uma relação empática entre equipe e paciente e a percepção da oferta de um cuidado humanizado.

“A força vem porque eles tratam bem a gente aqui.”

Pp10

“E no hospital, eu viver aqui no hospital, o dia a dia, as enfermeiras. As meninas, as meninas aqui, me tratam muito bem, me mimam demais, né? Brincam comigo, me dão muito carinho, muito amor, me dão muita atenção.

Não sei não. Eu não sei se eu tive sorte, mas assim, as meninas são maravilhosas, cada uma delas eu tenho um carinho, um amor por cada uma delas. Às vezes eu fico até meio brava, meio revoltada... aquele dia que você acorda, meio revoltada, ela vem, brinca comigo, me trata como uma mãe delas assim, sabe? Uma mãe, uma irmã, uma amiga. Então assim, é o que me faz continuar aqui na Santa Casa. Na verdade, eu não vou mentir.

Não, não estou puxando o saco de ninguém. Cada um tem os seus defeitos, cada um com as suas qualidades. Não é todas elas. Ninguém aqui

é Santo, ninguém aqui é perfeito, mas cada uma delas tem um carinho especial por mim. Eu sinto quando elas vêm me dar a medicação. Eu sinto quando elas se preocupam com a minha dor. Todas elas sofrem. Eu já vi enfermeira chega a suar frio e pingar suor para achar uma veia em mim, de ver o meu sofrimento, sabe? Então assim somos uma família aqui, né? Uma família! Eu particularmente não tenho que dizer nada a não ser que me dão força. Eu estou sendo sincera, de verdade, de coração.”

Pp12

“O povo aqui. Eu tento tratar em casa, mas não aguento tratar de mim. Então, é por isso que eu tenho que tratar aqui mesmo.”

Pp25

Nessa subcategoria temática encontramos o *coping* (ou enfrentamento) do processo de adoecimento adotado por esses participantes.

Coping se refere às estratégias adotadas por um indivíduo para lidar e/ou se adaptar às mais diversas formas de situações estressantes ou a algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça, como por exemplo, o adoecimento. Tais estratégias englobam técnicas, habilidades e conhecimentos adquiridos com a experiência (Nunes, 2010).

As respostas de enfrentamento podem ser classificadas como: *coping* focado nas emoções, caracterizado pela tentativa de substituir ou adequar o impacto emocional vivenciado, ou seja, o indivíduo elabora um conjunto de atividades com o objetivo de amenizar as emoções desagradáveis surgidas pela situação estressora; *coping* focado no problema, caracterizado pelos esforços do indivíduo para administrar o problema que o está desmobilizando ou causando estresse, envolvendo uma aproximação com o evento estressor e implicando uma ação direta e o *coping* religioso/espiritual e o suporte social caracterizado por estratégias que o indivíduo utiliza para enfrentar o estresse que passam por suas crenças religiosas e/ou espirituais em busca de bem-estar (Seidl *et al.*, 2001;

Souza *et al.*, 2007; Ottati, Campos, 2014; Jaramillo *et al.*, 2019). É importante destacar que o indivíduo pode fazer uso de uma mistura dessas estratégias, dificilmente se utilizando de apenas uma.

Uma pesquisa realizada com o objetivo de verificar a utilização de estratégias de enfrentamento/*coping* em mulheres com câncer de mama concluiu que a maioria das participantes (52,4%) utilizava o *coping* religioso como a principal estratégia (Alves *et al.*, 2012). Outra pesquisa com o intuito de verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por 42 pacientes oncológicos, também constatou que a principal estratégia de enfrentamento utilizada foi o suporte religioso (Ottati, Campos, 2014). Esses resultados corroboram com estudo recente realizado com 29 pacientes oncológicos que também detectou que o *coping* religioso foi a estratégia de enfrentamento ao estresse mais utilizada pelos participantes, sendo esta prevalente em todos os níveis de escolaridade (Silva *et al.*, 2020).

Assim, pode-se dizer que a crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência da doença (Alves *et al.*, 2012).

Estudos também apontam o suporte social como uma significativa estratégia para o enfrentamento de um adoecimento, resultado também encontrado no presente estudo.

O estudo de Pereira e Silveira (2021) objetivou detectar a relação entre apoio e família nos cuidados com pacientes com dor crônica e apontou a importância do apoio familiar frente ao adoecimento crônico, tendo em vista sua característica persistente e constante, que prejudica o indivíduo na realização de suas atividades diárias. Em relação aos sentimentos em torno da família, observou-se que em grande parte, os pacientes relacionam com amparo e cuidado. Isso porque, o indivíduo, quando acometido por alguma enfermidade, é na família que, muitas vezes, se apega e procura refúgio e forças para vencer e dar o seu melhor no processo de cura. O tratamento realizado junto com a ajuda familiar é capaz de amenizar os sintomas e proporcionar uma melhor qualidade de vida (Neto *et al.*, 2020).

Pesquisa realizada com pacientes em cuidados domiciliares apontou que, em relação aos cuidados recebidos pela enfermagem e

assistência da equipe de saúde de um modo geral, a maioria dos entrevistados referiram boa assistência, reconhecimento e gratidão pela atenção, apoio e o amor dedicados pelos profissionais, em especial nos momentos difíceis, como algo importante para o processo de enfrentamento do adoecimento (Cardoso *et al.*, 2019).

A empatia e a sensibilização dos profissionais da saúde são fundamentais para a oferta de um cuidado humanizado e de qualidade, focado na minimização dos sintomas e no acolhimento físico, psicológico e espiritual dos pacientes e seus familiares (Cardoso *et al.*, 2019).

Além disso, é importante que os profissionais identifiquem os fatores que contribuem ou agravam o sofrimento do indivíduo e a forma como enfrentam esse processo de adoecimento, uma vez que tais informações podem contribuir para que profissionais da saúde estimulem e reforcem o *coping* mais assertivo, favorecendo o melhor enfrentamento do estresse decorrente do diagnóstico e do tratamento de uma doença (Silva *et al.*, 2020; Fonseca *et al.*, 2021).

5.2.2.1.2 Categoria Temática 2 – Relação com a espiritualidade

Esta categoria temática retrata como os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis se relacionam com a própria espiritualidade ao longo do processo de adoecimento. É composta por 4 subcategorias e 11 unidades de significado (Quadro 5).

Quadro 5: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 2 – Participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Categoria Temática 2: Relação com a Espiritualidade				
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias			
	1. Conceito	2. Como se faz presente	3. Como exerce no ambiente doméstico	4. Como exerce no ambiente hospitalar
	Deus	Presença de Deus	Dogmas/rituais religiosos	Orando e falando com Deus
	Rede de suporte	Por estar vivo	Conversas	Falando sobre Deus
		Reconhecimento	Sendo presente	
			Atitudes positivas	

Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.1.2.1 Subcategoria temática 1: Conceito

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis conceituam a própria espiritualidade. Foram identificados 9 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Deus**

Essa unidade apresentada engloba 7 relatos que retratam que os participantes conceituam a própria espiritualidade à figura de Deus: servir a Deus, seguir os ensinamentos de Deus, renovação em Deus, fé em Deus, Deus como sinônimo de força maior. Mesmo quando citam a questão da religião (seguir uma religião/ter uma religião), a figura de Deus se mantém como o foco do conceito de espiritualidade trazido: Deus acima da religião

“Espiritualidade? É... servir a Deus com o coração puro e sincero...”

Pp2

“É conhecer Cristo através da palavra e vivenciar aquilo que ele ensina.”

Pp4

“É religião. É bom você ter. Porque Jesus que sofreu por nós... tudo que a gente pede para Ele, a gente é atendida. Então por isso, para mim é isso.”

Pp10

“A espiritualidade para mim, é vivenciar a cada dia o que Deus pode fazer na minha vida.”

Pp11

“Acho que é renovação. Renovação em Deus.”

Pp14

“É uma força, não é? É uma força bem maior do que a gente; é uma força maior que vocês. Você imagina. Porque eu falei para a senhora que aqui a última palavra não vem do médico. Vem de Jesus, isso é verdade, não é?”

Pp21

“Ter uma religião a seguir. Fazer aquilo que Deus me ensinou.”

Pp25

- **Rede de suporte**

Essa unidade apresentada engloba 2 relatos que retratam que os participantes conceituam a própria espiritualidade, além da figura de Deus, à sua rede de suporte, como família e amigos.

“É minha filha, é Deus e minha filha e os meus amigos que estão tudo perto de mim, em volta, vem me acompanhando e me dando força.”

Pp12

“Diante de todos os obstáculos, eu não perco a fé. Eu acredito que Deus não une pessoas, une propósitos. Então tem gente que hoje está tratando de mim hoje, que lá atrás também tratou. Que está aqui no hospital e que me acompanhou lá. Os médicos, as pessoas que estão sempre à minha volta, então eu não perco a fé. Tem muita gente que fala ‘ai não sei da onde vem’... Eu tenho um Deus muito bom. Que me fez mãe para eu entender o valor de estar aqui! Eu tenho um Deus muito bom porque me deu uma família que não me abandona, porque na hora que fui transferida para Araraquara a minha tia saiu de Ibitinga, foi pra Itápolis, entrou na ambulância comigo. Veio pra cá, minha avó e minha outra tia, seguindo a ambulância. Eu tenho sempre um respaldo. O meu namorado frequenta uma religião diferente da minha, mas no entanto, está sempre em oração. Está sempre pedindo. Eu tenho uma pastora que é incrível! Não abandona de jeito algum. Então eu acho que Deus me amparou de várias formas, vários jeitos, então a minha fé permanece.”

Pp13

Esta unidade traz à discussão o que muito se encontra na literatura: a espiritualidade atrelada à figura de Deus, mesmo que desvinculado de uma religião específica; uma vez que as diferentes percepções acerca do tema estão diretamente relacionadas à cultura do território em que o sujeito está inserido, às experiências individuais, considerando-se os valores e as crenças de cada um (Koenig *et.al*, 2012; Nascimento *et al.*, 2013).

Isso 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).

5.2.2.1.2.2 Subcategoria temática 2: Como se faz presente

Quando questionados se a espiritualidade é presente em suas vidas, 8 participantes respondem que sim. Um relato traz uma negação, relacionada às vivências não positivas dentro da religião seguida.

“Já foi... Hoje não! Ai eu gostava muito de ir no centro. Eu gostaria de ser uma mãe de Santo. Depois eu deixei para lá, sabe? Eu sou curiosa. Eu frequentei muito terreiro, vi o que é verdade, vi o que é mentira... Tem gente que mente muito, tem muita mentira nesse meio. Em todas, mas também tem muita verdade. Então, é isso que me desanimou.”

Pp21

Este relato corrobora com o afirmado anteriormente: do quanto a dimensão espiritual está atrelada às experiências individuais e ao contexto sociocultural, se apoiando em valores, crenças e moral.

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos acerca das formas que a espiritualidade se faz presente na vida dos participantes de acordo com eles. Foram identificados 4 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Presença de Deus**

Essa unidade apresentada engloba 2 relatos que retratam que os participantes identificam a espiritualidade em suas vidas através da percepção da presença de Deus em tudo.

“Sinto Deus aqui agora.”

Pp2

“De todas as formas, porque até na hora da dor Deus me ajuda, eu não xingo, eu não falo nada. Eu falo ‘ai meu Jesus, ai meu Deus’. E é em tudo, tudo. Ele é presente em tudo, porque no desde uma ‘Bença, vó’ até ‘Deus te abençoe, filho’, Ele é presente em tudo. Ele se faz presente em tudo.”

Pp13

- **Por estar vivo**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato em que o participante traz que a espiritualidade é presente na sua vida pelo próprio fato de estar vivo.

“Se não fosse presente eu não estaria aqui. De que forma? Eu estando vivo!”

Pp11

- **Reconhecimento**

Essa unidade apresentada englobou 1 relato em que o participante verbaliza que a espiritualidade está presente na sua vida pela percepção de que é importante para alguém; de que alguém se preocupa com ele; pela sensação de bem-estar que o reconhecimento de sua importância para o outro gera.

“Ai não sei te dizer... É gostoso saber que tem alguém preocupado com você. É gostoso saber que você é importante para alguém, entendeu? Porque até o momento, quando você não passa por uma coisa tão grave, você nunca descobre isso sobre você. Independente de doença, você descobre que realmente tem pessoas que te fazem se sentir bem e que você é importante na vida dela, cara. Não tem coisa melhor, não existe coisa melhor.”

Pp12

Assim como a forma de lidar com um adoecimento é singular, a maneira como se conceitua e percebe a dimensão espiritual também ocorre dessa forma.

Compreender essas singularidades e a influência dessas relações no processo de qualidade de vida dos pacientes deve ser a principal preocupação dos profissionais de saúde. Alguns autores acreditam que o campo da qualidade de vida pode se tornar um mediador entre os campos da saúde e das questões religiosas/espirituais, podendo facilitar o desenvolvimento de intervenções em saúde que tenham o embasamento na dimensão espiritual

(Fiorenza *et al.*, 2012).

Para tanto, faz-se necessário que todo o cuidado em saúde seja permeado e respaldado pela ética.

5.2.2.1.2.3 Subcategoria temática 3: Como exerce no ambiente doméstico

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico. Foram identificados 16 relatos dispostos em 4 unidades de significado.

- **Dogmas/rituais religiosos**

Essa unidade apresentada engloba 9 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico através da realização de dogmas e rituais relacionados às religiões seguidas, como orações, ouvir e cantar louvores, leitura da Bíblia, ir à Igreja.

“Ah eu tenho meus momentos de orações, meu particular com Deus, eu canto louvores, eu leio a Bíblia... É assim o meu vivenciar espiritual em casa.”

Pp2

“Eu tenho uma amiga que é evangélica também, então sempre conversa comigo. Ela me leva na igreja. Eu dirijo, mas eu não estou conseguindo dirigir, então ela para tudo e me leva.”

Pp10

“Orando, clamando.”

Pp11

“Eu leio muito a Bíblia e muito louvor, muita música gospel. Eu gosto de orar antes de dormir com meu menino, então a gente sempre faz. O meu pai já

não é tão assim, ele é bem afastado, mas a gente fala que Deus é tão bom com ele, que escuta ele até no sofá de casa. Porque não tem uma vez que ele não recorra a Deus também. Tá ali pra Ele, e ele não vai frequentemente na igreja, ele vai assim, um batismo de um neto, a formatura, uma crisma, é o jeito de levar ele para a igreja. Do contrário, não.”

Pp13

“Ai, eu sempre exerço. Eu gosto de cantar um hino, me deixa mais leve. Eu acho que isso pode ser explicado por Deus, não é? Então, eu acho que isso conecta com Deus.”

Pp21

- **Conversas**

Essa unidade apresentada engloba 2 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico através de conversas com e/ou sobre Deus.

“Muita conversa, muito diálogo, muita paz, muita tranquilidade. Conversa com minha família e com Deus também.”

Pp12

“Conversando com Deus, pedindo, agradecendo.”

Pp14

- **Sendo presente**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata o exercício da espiritualidade no ambiente doméstico se fazendo presente na vida das pessoas que lhes são importantes.

” Tentando estar mais presente na vida das pessoas que amo.”

Pp4

- **Atitudes positivas**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata o exercício da espiritualidade no ambiente doméstico adotando atitudes e pensamentos positivos diante do próprio processo de adoecimento e em suas relações pessoais.

“Tirando o medo desse tratamento; trabalhando, tendo respeito pelo outro.

E assim vai indo...”

Pp25

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; Dezorzi, Crossetti, 2008).

Como se pode perceber, da mesma forma que a definição de espiritualidade envolve singularidades, 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.

A oração, por exemplo, pode ser considerada uma conversação, muitas vezes interna, com um poder divino ou um eu superior, além de também contribuir para o aprimoramento do senso de objetividade, atenção, aprendizagem e memória, além de auxiliar no controle de emoções intensas (De Assis, 2012; Zimmer *et al.*, 2016).

Importante trazer para a discussão, nesse momento, o fato do exercício da espiritualidade ser representado, em sua maioria, por uma ocupação, objeto de estudo e intervenção da terapia ocupacional.

5.2.2.1.2.4 Subcategoria temática 4: Como exerce no ambiente hospitalar

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis exercem a própria espiritualidade no ambiente hospitalar, durante suas internações. Foram identificados 7 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Orando e falando com Deus**

Essa unidade apresentada engloba 6 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente hospitalar por meio de orações destinadas a eles mesmos e aos demais doentes e de conversas realizadas com Deus. Destaca-se que essas orações e conversas são mais frequentes em alguns momentos específicos, como: ao se deitar, na madrugada, quando estão sentindo pouca dor, quando estão mais quietos e voltados para a oração.

” Através de orações, da compaixão. Rezando pelos que precisam e se colocando no lugar das outras pessoas também... De quem está cuidando, por exemplo.”

Pp4

“Fazendo minhas orações, né? Então, aí eu peço a Deus, porque Ele sempre está ouvindo a gente, não é? Eu creio nisso.”

Pp10

“Muita oração. Oro bastante, eu peço, eu converso muito com Deus. Todo dia, toda hora, todo instante, todo segundo como se estivesse conversando com uma pessoa como você. Então eu converso com Ele, normal, como se estivesse conversando com alguém.”

Pp12

“Geralmente de madrugada, que é difícil de eu dormir e é uma hora que eu falo mais com Deus. Então, é nesses momentos e nos momentos que eu não estou com muita dor e que eu geralmente estou acordada, sozinha.”

Pp13

“Quando fico quietinha é porque estou orando... Não só pra mim, mas pra todo mundo que está aqui. Porque eu não quero que ninguém passe por isso... Não é porque eu estou passando que quero que alguém mais passe né?”

Pp14

“Nossa... qualquer coisinha! Eu sempre tenho uma maneira de ter minhas orações, né? Nem que for na hora de me deitar. Deito e eu faço. Me sinto bem.”

Pp25

- **Falando de Deus**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante exerce a própria espiritualidade no ambiente hospitalar falando sobre Deus, propiciando um ambiente (quarto) de luz e de paz.

” Falando de Deus. Até mesmo uma enfermeira falou que o quarto que ela mais gostava de entrar era o meu, porque era um quarto de luz. Era um quarto que não tinha palavras carregadas, mas era um quarto de paz. Ela se sentia bem. Hum, e ela sempre via as pessoas junto comigo, às vezes cantando. Estavam ali internadas comigo e queriam cantar quando a gente cantava.”

Pp11

Nessa subcategoria é importante destacar que os participantes pacientes, de certa forma, conseguem exercer a espiritualidade dentro do ambiente hospitalar usando de atividades iguais ou semelhantes às exercidas no ambiente doméstico, quando se referem a orações e conversas

com Deus, por exemplo. Algumas realizadas de forma individual, outras de forma coletiva, ou seja, englobando outros pacientes, familiares e os próprios profissionais da saúde.

Um relato traz a associação do exercício da espiritualidade em um momento difícil vivenciado: a dificuldade de dormir.

Estudo realizado com uma equipe multiprofissional atuante em um hospital geral junto a pacientes crônicos, apontou, igualmente, essa relação entre o exercício da espiritualidade com os momentos mais difíceis vivenciados no processo de adoecimento e/ou da própria internação. De acordo com o estudo, os profissionais percebem que os pacientes hospitalizados apresentam uma maior busca pelo cuidado espiritual em momentos como: descoberta diagnóstica, início do tratamento, proximidade da morte, quando clinicamente piores (sentindo dor, por exemplo), em uma internação prolongada e, por fim, quando recebem alta hospitalar em uma situação de dependência de cuidados (Pinto, 2018).

A necessidade e busca pelo exercício da espiritualidade, demonstra, novamente, a singularidade envolvida nessa questão, sendo, portanto, muito individual. Estão relacionadas a interpretações, a diferentes formas de enfrentamento e de vivências. De acordo com autor, 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).

Os participantes do presente estudo foram questionados sobre a abordagem da dimensão espiritual durante a internação. Todos (9 participantes) relataram que essa dimensão não foi abordada por nenhum profissional da saúde, em nenhuma vivência hospitalar.

“Não... Eles cuidam de outras partes.”

Pp13

Esse relato nos mostra que, se para a ciência a proximidade entre espiritualidade e saúde já é uma realidade, para a prática clínica ela ainda não acontece.

De quais partes os profissionais da saúde estão cuidando? Aliás, que tipo de cuidado estão ofertando?

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).

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 os introduzir e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem no processo de cuidado (Marr *et al.*, 2007).

Arriera (2009) destaca 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.

No âmbito da terapia ocupacional, é crescente o interesse pelo tema espiritualidade. De maneira geral, estudantes e profissionais da terapia ocupacional consideram os componentes de desempenho físico, afetivo, cognitivo e psicossocial em suas avaliações e planos terapêuticos e acreditam que a espiritualidade auxilia seus pacientes a lidarem com dificuldades

cotidianas. No entanto, ainda existe uma lacuna entre a teoria e a atuação, uma vez que o componente espiritual ainda não está incorporado na prática profissional e as relações entre corpo-mente-espírito ainda não são consideradas por muitos modelos teóricos-metodológicos da profissão (De Carlo, 2021).

Uma problemática apontada que pode justificar essa lacuna descrita acima é que, mesmo com a demanda nas práticas profissionais, a espiritualidade não é ainda amplamente ensinada durante a formação de terapeutas ocupacionais. Em nível curricular e nacional, a terapia ocupacional possui a necessidade de inclusão de temáticas variadas relacionadas à diversidade cultural e questões que costumam aparecer de forma opcional, como a dimensão espiritual, a fim de trazer o preparo necessário ao profissional de acordo com o atual cenário (De Sousa, 2021).

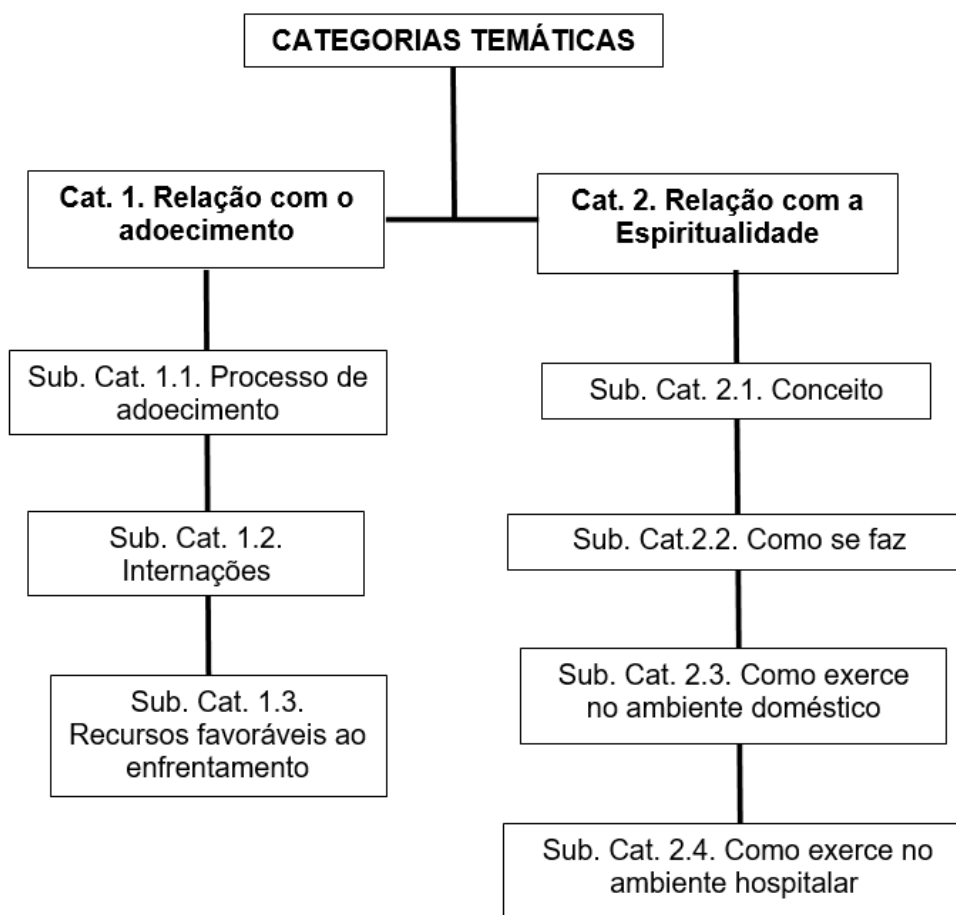
É possível perceber que há demanda e necessidade da inclusão da temática espiritual na terapia ocupacional e o cenário nacional pode progredir nesse sentido a partir de reformulações curriculares na formação desses profissionais (De Sousa, 2021).

5.2.2.2 Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Este estudo teve como resultado duas categorias temáticas centrais, sete subcategorias (Figura 3) e vinte e três unidades de significado (Quadro 6 e Quadro 7).

As categorias de análise emergidas neste estudo são: a **Relação com o adoecimento**, composta pelas subcategorias: Processo de adoecimento; Internações; Recursos favoráveis ao enfrentamento e a **Relação com a espiritualidade**, dividida nas subcategorias: Conceito; Como se faz presente; Como exerce no ambiente doméstico e Como exerce no ambiente hospitalar (Figura 3).

Figura 3: Categorias temáticas e subcategorias resultantes do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.



Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.2.1 Categoria Temática 1 – Relação com o adoecimento

Esta categoria temática retrata como os participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis se relacionam com o seu processo de adoecimento e todos os aspectos e fatores que envolvem o mesmo, como os períodos de internações, procedimentos, tratamentos. É composta por 3 subcategorias e 8 unidades de significado (Quadro 6).

Quadro 6: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 1 do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Categoria Temática 1: Relação com o adoecimento			
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias		
	1. Processo de adoecimento	2. Interações	3. Recursos favoráveis ao enfrentamento
	Gratificante	Momento difícil	Deus
	Mistura de emoções	Mistura de emoções	Amor pelo ente querido
	Processo difícil	Importante pela proximidade do cuidado	

Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.2.1.1 Subcategoria temática 1: Processo de adoecimento

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como é para os participantes cuidadores familiares vivenciar o adoecimento de seus entes queridos e desempenhar o papel de cuidador deles. Foram identificados 16 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Gratificante**

Essa unidade apresentada engloba 8 relatos que retratam que a forma dos participantes vivenciarem o processo de adoecimento e desempenharem o papel de cuidador de seus entes queridos consiste em uma oportunidade gratificante, por vezes, de retribuição a tudo o que receberam desse familiar adoecido. Também retratam as redes de ligação existentes entre os familiares, como o sentimento de amor e a sensação de bem-estar decorridos

do cuidado realizado a alguém que tem uma participação significativa em sua vida.

” É.. tá sendo gratificante poder ajudá-lo... tá sendo no momento gratificante poder dar o apoio pra ele.”

CF1

“Cuidar para mim.... cuidar desse familiar para mim... É uma bênção. É porque eu sei né... que nós estamos em uma prova dura porque....está difícil pra todo mundo, mas...eu acho... assim.... que a gente cuidar um do outro assim pra mim é muito importante....Porque eu não sei o dia de amanhã da minha vida também... se eu vou precisar ser dependente de alguém, né? Então... a gente... o que eu faço, faço com amor, eu faço com carinho, eu quero que ela melhore e que retorne a saúde dela, né?

CF3

“É muito bom, porque assim é desde quando eu nasci, foram pessoas que cuidaram de mim, sempre cuidaram, né? Ajudaram na minha criação e na formação da pessoa que eu sou hoje. Então assim é... Eu sou grata por poder ter essa oportunidade de retribuir um pouco de tudo que ela já fez por mim.”

CF5

“Bom, para mim é importante porque faz parte da minha família. É um pedaço de mim, né? Então, pra mim, é um prazer fazer isso, né? Cuidar da minha mãe.”

CF8

“Ah... eu me sinto bem cuidando dela, viu? Eu gosto de cuidar dela!”

CF15

“Ahh... é muito amor da gente, né? Não é porque é a mãe que a gente vai abandonar ela, né? Então a gente tem que cuidar até o fim da vida dela..

que ela que nos criou; ela que fez tudo, né, pra nós? Agora um pouquinho que faz é bom, né, pra ela...”

CF17

“Hum... é assim... eu acho importante cuidar, né? Porque assim... faz parte da família, tudo... e pra gente é gratificante poder conseguir, né? Porque muita gente não consegue, né? Acaba que deixando um espaço vazio... Então a gente está conseguindo... É gratificante.”

CF19

“Ah... Pra mim é um privilégio muito grande eu poder cuidar dele porque... Eu sei lá, eu me sinto bem e eu quero que ele esteja bem também, né? Então eu quero que ele esteja bem e que a gente possa cuidar dele e de mais pessoas que precisarem também, eu estou pronta para ajudar.”

CF24

- **Mistura de emoções**

Essa unidade apresentada engloba 5 relatos em que os participantes denominam como um misto de emoções a vivência do adoecimento e do desempenho do papel de cuidador desses familiares, seja por envolver incertezas, pela própria proximidade da morte e tomada de consciência da perda, por ter conhecimentos da área da saúde; pelo despreparo ao se deparar com a necessidade de cuidado do outro, em especial a inversão de papéis na relação pai/mãe e filhos; pelo sentimento de empatia em relação ao sofrimento desse ente querido.

“Minha mãe tá com muito amor, né? Muito amor assim e tudo que a gente puder fazer a gente faz. Só que é muito dolorido, né? Porque você vê... assim... não tem muita estrutura para isso, né? Que eu acredito que teria que ter para cuidar de idosos. Eu acho assim... para as pessoas que nem eu, no meu caso, que eu não tenho estrutura pra isso... eu acho que deveria ter um curso gratuito para que as pessoas pudessem cuidar de pessoas idosas da família, né? Tanto da depressão como da pessoa com enfermidade assim... do corpo, né? Que não é só chegar, dar um banho e

pôr uma roupa, porque tem que ter um cuidado especial, né? E, principalmente, como eles são teimosos, saber como lidar com eles. Cuido dela tem 13 anos, mas eu não me vejo na estrutura pra cuidar dela, sabe?

E eu nem sei se a minha mãe vai sair daqui viva.”

CF6

”É um misto de muitas emoções, né? Principalmente a gente que é da área médica. A gente já passou por esse percalço com outros familiares. Agora é a nossa vez, mas também é um misto, uma confusão de sentimento, né? São vários sentimentos ao mesmo tempo, sentimentos de caminhar para a perda, um sofrimento porque não desejamos isso, né? Mas também de dar bem-estar... até como médico mesmo... enfim, como é que eu diria? É um sentimento que nem ninguém gostaria de ter ou de passar, mas faz parte da própria existência, não é?”

CF7

“É... é gostoso, mas a gente fica muito preocupante que a gente fica triste né? Que a gente quer que sare, que fique bem, mas não é do jeito que a gente quer, né? A gente faz o possível, mas num... a gente sabe que não, não vai ter melhora, né? Muitos tem melhora, mas...”

CF16

“Sim, cuidar dela é... assim... é um amor que eu tenho por ela, sabe? Um amor de mãe assim... Eu amo minha família, minhas irmãs... aí quando eu vi ela naquela situação, naquele estado ali, sabe? Eu, para mim, que era minha filha e... e... tudo importante na minha vida... é tudo importante para mim... ver ela melhorar dia após dia, entendeu? E cuidar dela, assim... é uma coisa muito... assim... que a gente tem todo amor no coração, força, sabe? Chora junto, sente aquela dor junto, sabe? É tanto que quando ela manda um áudio para mim, eu não aguento... ela manda áudio para mim chorando, falando umas coisas lá e aí pronto! Aí eu não aguento! Ela disse que dá uma tristeza. Ela fica triste, ela quer... ela fica com saudade de mim, sente falta de mim, sente falta do marido dela... Fala ‘eu quero você, eu estou com saudades de você, eu estou sentindo sua falta, eu quero o meu

marido, eu vou morrer...’ Aí, pronto! Aí eu desabo! Eu falo ‘não... morrer não, né? Morrer não!’”

CF18

“É mãe, né? Normal, normal... A gente tem que se disponibilizar por causa do serviço da gente, né? Mais do resto, é normal. Às vezes a gente age assim... com o coração, né? Às vezes a gente até atrapalha, né? Porque a gente age com o coração e não com a razão. Às vezes né? Mas... mas é normal, né? Tem que cuidar, né? É bom cuidar dela.”

CF22

- **Processo difícil**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos em que os participantes denominam como sendo um momento difícil a vivência do adoecimento e o desempenho do papel de cuidador desses entes queridos, pela própria organização desse cuidado, pela necessária divisão com as demais responsabilidades já existentes, como o trabalho e a manutenção da situação financeira; pelas próprias características da doença e de sua evolução; pela dificuldade em aceitar o adoecimento.

” Ah... está sendo difícil. Tá sendo assim, complicado. Porque eu tenho que trabalhar; o meu serviço está parado. Eu não estou indo trabalhar porque eu tenho que ficar com ele. Tem que comprar comida, tem que comprar algum remédio que falta. Fica complicado, a gente fica com a cabeça a mil.”

CF9

“Difícil, não é fácil. Bem difícil... pela situação da doença, né? As condições também estão difíceis. A gente faz o possível, né? Faz o que pode.”

CF20

“Ai, foi difícil eu aceitar... É muito sofrido um Alzheimer. Eu acho que o Alzheimer é mais triste que um câncer... Pessoa perde a dignidade, sabe? Perdeu tudo. Depende de nós, né? Mas nós estamos aí, eu e meus irmãos

cuidando e vamos cuidar até o fim, né? Tem que cuidar, não pode desistir dela nunca.”

CF23

Os resultados encontrados nessa subcategoria retratam a mistura de sentimentos e sensações que envolvem o desempenho do papel de cuidador de um ente querido em decorrência das inúmeras mudanças vivenciadas na rotina e do próprio processo de como um familiar se torna cuidador de um ente querido; resultados que corroboram com a literatura. Além disso, há a sobrecarga dos cuidadores familiares e a necessidade de serem olhados também como sujeitos de cuidado pelos profissionais da saúde.

Destaca-se alguns relatos, a fala do participante 17 vai além da gratificação, englobando também um sentimento de obrigação moral (vou cuidar de alguém que sempre me cuidou); a fala do participante 6 não se evidencia somente a mistura de emoções do cuidador, mas uma demanda por suporte técnico, orientações sobre o cuidado do ente querido. Há também a verbalização de não se sentir com “estrutura” para realizar esse cuidado, mesmo o realizando há 13 anos. Esse relato complementa os encontrados na última unidade de significado, denominada **Processo difícil**, uma vez que destaca a sobrecarga do trabalho de cuidador, inclusive com impactos nos aspectos financeiros da família. Importante ressaltar o quanto isso pode contribuir para o adoecimento dos cuidadores familiares.

Autores já apontam que, na maioria das vezes, a opção em ser cuidador familiar, vem de uma necessidade da família e não de uma escolha própria, afirmando, portanto, que a essência do cuidar se baseia na relação de obrigação e responsabilidade. Isso faz com que a pessoa se torne responsável pelo suporte às necessidades do familiar, tendo que enfrentar dificuldades, superar obstáculos e se adaptar a uma nova rotina de vida de maneira repentina (Barros *et al.*, 2013; Gomes, Resck, 2009; Guimarães, Ximenes *et al.*, 2014; Lipp, 2012; Sommerhalder, 2001).

Os resultados corroboram com os estudos que apontam os impactos negativos na saúde do cuidador decorrentes do desempenho desse papel ocupacional (como estresse, desamparo, perda de controle, falta de

domínio, vergonha, exclusão, incômodo, risco de adoecer, acúmulo de trabalho em casa, sobrecarga de diversos domínios da vida, ausência de descanso, de apoio da própria família e da sociedade em geral) e benefícios por poder ser visto como uma experiência gratificante, enriquecedora (Giacomin *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Sommerhalder, 2001; Pimenta *et al.*, 2009; Garrido, Menezes, 2004).

5.2.2.2.1.2 Subcategoria temática 2: Internações

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como é para os participantes cuidadores familiares vivenciar as internações como acompanhantes decorrentes do processo de adoecimento. Foram identificados 15 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Difícil**

Essa unidade apresentada engloba 6 relatos em que os participantes denominam como um momento difícil a vivência das internações, seja pelo ambiente e rotina hospitalar; pela concretude do adoecimento, evolução do quadro de saúde e sentimento de impotência perante tudo isso e pela percepção e empatia diante do sofrimento de outras pessoas internadas.

“Difícil... Complicado... É que às vezes... assim... Deixa um pouco a desejar os cuidados... às vezes por falta de tempo... não sei...às vezes falta uma informação... tudo assim... bem complicado pro familiar... Às vezes, nem sempre obtém os resultados...”

CF1

“Difícil... Porque a gente presenciar isso é muito difícil. Ver a doença avançando, sabe?”

CF9

“É difícil, difícil. Ah... tem que ter um psicológico bom, né? Porque é muita coisa, né? Que além da gente ver a situação dela e o de sofrimento da doença, né? A gente vê o sofrimento das outras pessoas também que tem em volta, né? Então é difícil.”

“Ahh... Difícil, é difícil você ver realmente seu ente querido sofrendo, sentindo dor e você não poder fazer nada. Só Deus, né? Só pode orar e pedir pra Deus... e é o que a gente faz... e a fé... porque Deus é bom!”

CF20

“Ah tem que ter paciência né? E a cabeça tem que estar no centro... Porque é muito ruim ficar aqui fechado... uma sensação de estar preso... É difícil, mas tem que ficar. Alguém tem que ficar, né?”

CF22

“Para mim é difícil, sabia? Porque... ah.... Ela estava em casa, de repente teve que internar. Eu vou para casa dela e vejo tudo que era dela, sabe? Tristeza, mas a gente pede força, sabedoria para Deus, porque a gente tem que enfrentar a realidade, né? Não é mentira, é verdade. Fazer o quê, né?”

CF23

- **Mistura de emoções**

Essa unidade apresentada engloba também 6 relatos em que os participantes referem perceber os períodos de internação como momentos de mistura de emoções, desde preocupações, medo da perda; cansaços; satisfação por fazer companhia, poder estar próximo; um dever de zelar; confiança que o hospital é o lugar próprio para realizar esse cuidado.

“Há ficar aqui é o seguinte, eu fico por amor que eu tenho por ela também. A gente tem até uma consideração, porque nós somos unidas... porque o esposo dela é meu cunhado... é também parte da gente, o sangue da gente, né? Então, onde que eu falo? É difícil para ele? Tá difícil! Difícil também para mim... difícil, mas é importante que eu fique aqui. Eu estou vendo tudo o que está fazendo com ela, eu estou fazendo com amor também, com carinho. Eu estou cansada, eu estou isso, aquilo, preocupada com ela aqui e comigo mesma que eu estou aqui sentada todo o tempo... mas é um prazer eu tá aqui com ela. Não deixar ela sozinha.”

CF3

“É bom e ruim ao mesmo tempo. É bom porque eu sei que ela está assistida. Está sendo acompanhada pelos médicos, pelas enfermeiras, por toda equipe do hospital, mas é ruim porque a gente fica com aquela saudade. Na hora que chega em casa e a cama está vazia, sem ela lá.”

CF5

“Bom... nós sempre chegamos achando que vamos encontrar o pior dessa vez, por exemplo, o que foi passado é que ele não passaria e graças a Deus ele não precisou nem ser intubado, então é... é um misto de sentimento. A expectativa do que encontrar e quando encontra algo bom é aquele alívio de ver que ele não está sofrendo, que tem algo ainda a ser feito. Não é muita coisa, ainda pode piorar, né? É difícil. Assim, naquele momento do impacto, você formar uma ideia da complexidade do problema. Só quando você vê mesmo; quando você chega ao local, quando você se certifica do caso, é que você realmente respira ou então tem que tomar outros cuidados se for para o outro lado, né?”

CF7

“O bom é que eu fico participando de tudo dela... é triste de onde a gente tá, mas ficar com ela, para mim, é um prazer.”

CF16

“Ah para mim é obrigado fazer isso aí, é o meu dever eu estar junto com ela... Isso não é esforço, não é nada, é um dever que eu tô fazendo... o que eu puder fazer eu faço, né? É cansativo, mas eu me sinto bem perto dela... é minha mãe, né?”

CF17

“Ah... para mim tem momentos que... assim... é difícil; tem momentos... mas tem momentos que eu me sinto bem. Estar ali, perto dela, estar ali compartilhando, vendo o tratamento, o hospital, os enfermeiros, médicos, os exames... para mim é muito importante eu estar acompanhando, ficando por

dentro da situação, sabendo de tudo o que está acontecendo, melhor do que eu estar lá longe, sem ver, sem participar. Para mim é importante estar perto, fazer companhia. A parte difícil é que a gente no momento... a gente não queria isso, né? A gente queria que ela tivesse bem, que ela continuasse bem, que não voltasse a ser internada de novo, mas infelizmente não tem jeito, né? É porque a pessoa passa mal, tem que trazer para o hospital, não é verdade? Porque a gente não pode... Quem sabe são vocês, que estudou para isso... então a gente confia! Primeiramente em Deus e, segundo, em vocês, né? Na medicina... então é importante a gente estar aqui, que aqui é melhor do que em casa, né? Porque nós não sabemos de nada lá em casa. Deus sabe, mas nós não sabemos, mas vocês sabem... Deus deu sabedoria pra vocês pra cuidar de nós que estamos... que ficamos doente... e é isso.”

CF18

- **Importante pela proximidade do cuidado**

Essa unidade apresentada engloba 3 relatos em que os participantes referem perceber os períodos de internação, do desempenho do papel de acompanhante, como um momento importante decorrente da proximidade do cuidado, por saber como está sendo cuidado e aprender os cuidados para dar continuidade no ambiente doméstico.

“Como que é para mim? É... É importante porque eu quero acompanhar. Eu quero ver como realmente ela está agindo, como ela está sendo bem cuidada, né? Para que a gente também possa continuar dando esse cuidado para ela.”

CF8

“Ah... de ficar aqui? Ai eu gosto de ficar aqui também, pelo menos eu acompanho ela em tudo, não é? Eu estou vendo o que acontece com ela, tudo. Eu gosto.”

CF15

“Filha, é muito gratificante. Porque eu estou aqui e tô vendo tudo, tô ajudando as moças, né? Dá pra cuidar dele para não ficar nervoso e eu tô aqui, ele fica mais calmo, né? Então é isso aí... pra mim é muito bom... e tá sendo muito bom até pra minha cabeça...”

CF24

A forma como os cuidadores familiares percebem os períodos de internação e o desempenho de seu papel de acompanhante são semelhantes à forma como percebem o próprio processo de adoecimento dos seus entes queridos: uma mistura de sentimentos e emoções positivas e negativas, uma oportunidade de se manterem próximos e de aprenderem o cuidado técnico. O diferencial é que na internação, tem-se acrescido a questão do ambiente hospitalar e de seus impactos, como bem explicado pela literatura e já discutido anteriormente.

5.2.2.2.1.3 Subcategoria temática 3: Recursos favoráveis ao enfrentamento

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos dos recursos que os participantes cuidadores familiares identificam que dão força, que os ajudam a enfrentar o processo de adoecimento e a realização do cuidado dos entes queridos. Foram identificados 16 relatos dispostos em 2 unidades de significado.

- **Deus**

Essa unidade apresentada engloba 11 relatos em que os participantes identificam Deus e a fé em Deus como o recurso que os auxilia a enfrentar o adoecimento; que lhes dá força para conseguir desempenhando o papel de cuidador ao longo de todo o tratamento de saúde.

“O que me dá força é só Deus! É Deus que dá força para a gente, porque a gente tem que encarar tudo, mas eu creio que o Senhor é o nosso Pai, é o nosso todo poderoso, é o nosso Criador e eu sei que ele está com a gente, então é onde que eu, que as coisas, assim... bem amorosa... que Deus não desiste, Deus não é vingativo e Ele está sempre conosco, né?”

CF3

*“Deus, Deus está sempre junto com a gente; ele nunca nos abandona. É a
é a presença Dele, é realmente espiritual, né?”*

CF5

*“A fé é uma coisa muito presente na nossa família, né? E a gente tem um
componente de chegar aqui, enxergar que nós somos finitos. Nós somos
limitados e colocar, em determinado momento, nas mãos de Deus. Então a
gente tem essa clareza de fazer o que for possível. E deixar na mão Dele!
Então, a gente se baseia muito na fé, na entrega, na espiritualidade mesmo,
né?”*

CF7

*“Então, o que que me dá força é acreditar que existe um ser superior que dá
essa força para mim, um Deus né? Pra eu enfrentar... porque é uma
situação que não cabe só a mim...cabe também sentimento dela, então
preciso de uma força além do meu normal, né? Para suportar, pra lidar com
a situação.”*

CF8

*“A fé em Deus, que eu rezo e peço muito para me dar força, porque é difícil.
Meu Deus, que me dá forças para eu estar aqui e ter que correr para casa,
tem que fazer serviço, tem que trabalhar.”*

CF9

“A fé em Deus né? Fé em Deus! Porque sem ele a gente não é nada...”

CF15

*“Hum... só Deus, né? Só Deus. E o apoio da família! Em primeiro lugar,
Deus e depois o apoio da família, né? Que ajuda, que fica também
intercedendo pela gente, né? Pela força, pela coragem, né? Porque é
difícil...”*

CF19

“Deus! É Deus e a fé, né? Em primeiro lugar, porque senão... não aguenta, não.”

CF20

“Ah... eu tenho bastante paciência, muita fé em Deus também. Eu acho que isso aí, ajuda bastante. E é mãe né? Mãe é uma só, né?”

CF22

“Deus! Porque a minha mãe sempre foi muito de Igreja. Minha mãe era ministra da eucaristia e ela, ensinou todos nós... a gente, eu e meus irmãos, né? Então, ao mesmo tempo que eu já chorei muito, hoje eu já procuro não chorar. Porque eu falo para os meus irmãos que Deus tem um propósito na vida dela, porque era pra ela não voltar. E eu até cheguei a arrumar a roupa dela, você acredita? Arrumei as roupinhas dela que ela sempre falava, né? Que se acontecesse alguma coisa de repente né? Mas não é os planos de Deus. Não é hora dela ir embora ainda, né? E a gente vai cuidar até o dia que Deus permitir, não é assim? Porque quem tem um Alzheimer mexe com a família inteira. Mexe com o casamento da gente, mexe com tudo, você tem que abandonar tudo, né? E assim vai, né? Vai até quando... um dia vai acabar.”

CF23

“Deus! Deus e meus protetores... que eu tenho muita fé. Eu não desfaço de religião nenhuma... pra mim, falou de Deus, pra mim é maravilha... é uma bênção.”

CF24

- **Amor pelo familiar**

Essa unidade apresentada engloba 4 relatos em que os participantes identificam o amor que sentem pelo ente querido adoecido como o recurso que os auxilia a enfrentar o seu adoecimento e a desempenhar o papel de cuidador.

“No meu caso o amor, né..., meio que... O amor familiar fala mais alto, né.. Vem em primeiro lugar, então pra mim é isso... É gratificante estar dispendo do meu tempo pra ele.”

CF1

“É saber que a batalha dela está chegando ao fim... Lembrar o amor que sinto por ela e o que ela foi... Isso dá força... Ela é muito batalhadora...”

CF16

“O que ajuda é que eu estou perto dela... e eu sei que pode ser que ela não resista até o fim... mas eu estou fazendo uma força para ficar junto com ela... pelo amor que sinto por ela...que é o mais importante, né?”

CF17

“O que me dá força é o amor que eu sinto por essa pessoa, que é minha família, que é meu sangue, e mesmo que não fosse, eu tenho amor... Eu não quero isso para ninguém, na verdade, para ninguém, para ser humano nenhum, nem para um bicho. A gente não quer uma doença dessa, não é verdade? Então eu tenho força porque eu amo ela, entendeu? Então eu quero que ela viva, né? A vida não sou eu que vou dar, mas é Deus, mas eu tenho aquela força e aquele amor, porque nós somos uma família. É assim que nós... nós... nós somos apaixonados um pelos outros, sabe? Tipo assim, a gente tem aquele amor... toda família tem, né?”

CF18

Nesta subcategoria é possível observar resultados semelhantes aos encontrados com os participantes pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: o *coping* religioso/espiritual e o suporte familiar como os recursos mais utilizados no enfrentamento do processo de adoecimento dos entes queridos.

O tipo de estratégia a ser utilizada depende de como a família se estrutura diante do diagnóstico da doença, o tipo da enfermidade e dos percursos que irá confrontar ao longo do processo de adoecimento (Santos, 2013).

Diante de mudanças na saúde de um de seus integrantes, os demais familiares são afetados e sofrem junto, sendo imprescindível que ela seja incluída no plano de cuidado assistencial como parte significativa do contexto cultural, pessoal e subjetivo dos pacientes (Maia, Maia, 2016; Arias-Rojas *et al.*, 2020). As situações de adoecimento alteram a dinâmica familiar, acarretando sentimentos relativos à perda, ao medo de ver o sofrimento e a decadência do familiar, impotência, culpa e tentativa de reparação (Gomes *et al.*, 2017; Coelho, Barbosa, 2017).

Um recente estudo buscou compreender a experiência de famílias frente ao adoecimento por câncer em cuidados paliativos e verificou que muitas famílias encontram recursos para enfrentar o adoecimento por meio do fortalecimento de suas crenças religiosas e espirituais. “A espiritualidade manifesta-se por comportamentos otimistas e perseverantes que, mesmo diante das adversidades, impulsionam as famílias a manterem a esperança. Ao reconhecer o apoio recebido, as famílias demonstram que a presença e o suporte dos familiares, em especial daqueles com quem estreitam laços nesse período, tornam-se imprescindíveis para amenizar as dificuldades vivenciadas” (Oliveski *et al.*, 2021, p.8).

Outro estudo recente, que visou conhecer as estratégias de enfrentamento de familiares acompanhantes de pacientes internados na Unidade de Terapia Semi-Intensiva de um hospital especializado em cardiopneumologia, também encontrou resultados semelhantes. A dimensão espiritual foi o recurso de enfrentamento mais utilizado pelos entrevistados, favorecendo a manutenção da esperança e atribuição de significado à doença e à vida, além de funcionar como suporte, proporcionando crença na possibilidade de cura, autoconfiança e segurança para alguns dos entrevistados (Neves *et al.*, 2022).

5.2.2.2.2 Categoria Temática 2 – Relação com a espiritualidade

Esta categoria temática retrata como os participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis se relacionam com a própria espiritualidade ao longo do processo de adoecimento dos seus entes queridos. É composta por 4 subcategorias e 15 unidades de significado (Quadro 7).

Quadro 7: Subcategorias e Unidades de significado referentes à Categoria Temática 2 do Estudo 2 – Participantes cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Categoria Temática 2: Relação com a Espiritualidade				
UNIDADES DE SIGNIFICADO	Subcategorias			
	1. Conceito	2. Como se faz presente	3. Como exerce no ambiente doméstico	4. Como exerce no ambiente hospitalar
	Deus	Deus	Dogmas/rituais religiosos	Orando e falando com Deus
	Propósito	Esperança	Conversas	Falando sobre Deus
	O que transcende o material	Ensinamentos do dia a dia	Auxílio ao próximo	Conversando sobre outros assuntos
	Aquilo que fortalece			
	Caminho certo			
	Auxílio ao próximo			

Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.2.2.1 Subcategoria temática 1: Conceito

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes cuidadores familiares conceituam a própria espiritualidade. Foram identificados 15 relatos dispostos em 6 unidades de significado.

- **Deus**

Essa unidade apresentada engloba 10 relatos que retratam que os participantes conceituam a própria espiritualidade à figura de Deus: servir à Deus, seguir os ensinamentos de Deus, sentir a presença de Deus na vida, fé em Deus, Deus como sinônimo de força maior e confiança nesse algo maior.

”Eu tenho que é Jesus na nossa vida. Ele é espírito. Temos que considerar que nós, nós estamos aqui, não estamos vendo nada, mas Ele está vendo tudo! Então não adianta a gente fazer coisas erradas, coisas que não agradam a Deus. Porque ele é espírito vivo, e ele vê tudo.. pra mim, significa isso, que ele é amor, é o meu criador. No meu criador, eu creio.“

CF3

“É sentir Deus comigo o tempo todo. É a presença Dele... e é muito forte, né? Muito forte na minha vida e eu trouxe isso de toda a minha família, que também tem essa espiritualidade muito forte. Então a gente tem essa sensação de Deus sempre presente, mesmo nos momentos tristes, nos momentos difíceis, é Deus. Nunca dá uma cruz maior do que a gente possa carregar, então Ele, mesmo nas dificuldades, Ele está ali para nos fortalecer e nos fazer crescer em alguma coisa.”

CF5

“É a certeza de que Deus está conosco todo momento e que ele consome o nosso coração, né? É tudo da vontade Dele, né? E mesmo que ele me respondesse, não é da minha vontade, né? O que acontecer, eu vou te dar força, uma preparação daquilo que virá. Não é que, muitas vezes, não é da forma que nós queremos, mas sim dá vontade Dele. Então é a força, né? A Fortaleza, né?”

CF6

“É Deus; é o que me dá força, me fortalece, me dá equilíbrio pra enfrentar tudo isso aqui.”

CF9

“Deus.”

CF16

“Frequentar a igreja, ter fé em Deus, primeira coisa. Isso aí pra gente é muito bom. É também viver a vida. É curtir o que pode fazer quando se está bom, porque quando a gente se adoce, a gente não vai fazer mais nada na vida. Então, o que der para fazer na vida a gente, tem que fazer, né?”

CF17

“Pra mim, eu acho que é tudo! Eu acho que sem essa base espiritual, sem Deus a gente não consegue. Para mim é o essencial, é o que vem em primeiro lugar... que se a gente não tiver bem com Deus, nada funciona. É um vazio permanente a falta de Deus... então a falta de tá na presença do senhor pra mim não funciona...”

CF19

“Pra mim, eu acho que é a fé. Você ter fé em Deus que nem eu... a gente pede que nem... meu menino está ali, mas é um menino de muita fé também, e a gente vai vencendo, né? Deus abençoando e a gente vai caminhando, se Deus quiser.”

CF20

“Então para mim é só Deus.”

CF22

“Espiritualidade pra mim? É acreditar em Deus, confiar que tudo vai dar certo, né? Mesmo tempo que a gente desanima, mas a gente tem um Deus que cuida de toda a situação, que é isso que tem tanta força pra gente, né? Continuar a nossa lida, que não é fácil. Eu creio, acredito que seja isso... para mim, é isso, né?”

CF23

- **Propósito**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante conceitua a própria espiritualidade como o propósito de vida.

“A gente não para muito pra pensar sobre isso..., mas eu acredito que temos um propósito, todos nós temos né, pra tudo que está acontecendo novamente na nossa família, né, tudo tem um propósito, né, e eu penso que é isso, né.....”

CF1

- **Aquilo que transcende o material**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante conceitua a própria espiritualidade como aquilo que está além do material, que transcende.

“Olha, tem muitas definições, né? Mas espiritualidade para mim, é aquilo que transcende o material... É aquilo que você talvez não consiga trazer respostas para aquilo que você vive, mas você por crença, por acreditar realmente, você sabe que tem algo diferente, algo a mais, algo que faz tanta diferença no conforto, como também na fase transcendental.”

CF7

- **Aquilo que fortalece**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante conceitua a própria espiritualidade como todas as coisas boas que lhe fortalece.

“Ai é tudo, né? Tudo! É... Ajuda a gente, né? É muita... muita coisa boa. Tudo aquilo que ajuda a fortalecer, né?”

CF15

- **O caminho certo**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante conceitua a própria espiritualidade como seguir o caminho certo, fazer tudo o que é certo de acordo com uma religião.

“Espiritualidade para mim... Eu acho que é você seguir uma religião e frequentar... é... bonitinho, como manda ali a religião, entendeu? O que é certo, é certo; o que é errado, é errado! Porque a Bíblia diz que nós temos livre arbítrio, né? Pra fazer o que quiser... então você sabe o que é certo e o que é errado, não é verdade? Então, pra mim, espiritualidade é ir na linha certa, fazer o que é certo, no caminho certo.”

CF18

- **Auxílio ao próximo**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante conceitua a própria espiritualidade como o auxílio ao próximo.

“Pra mim, a espiritualidade é uma coisa maravilhosa, porque é uma coisa que a gente pode ajudar muitas pessoas que precisa e não sabe pra onde correr, onde socorrer... Então, o que eu posso fazer pra ajudar, na bondade, eu estou sempre pronta para ajudar as pessoas.”

CF24

Esta subcategoria temática traz à discussão a questão da amplitude de significados acerca do tema espiritualidade que se vê na literatura. Além disso, traz à tona o fato de encontrar nos relatos a crença em Deus, mesmo que desvinculado de uma religião específica, revelando a influência das características do contexto sociocultural, em especial do cristianismo; aspectos já discutidos anteriormente.

5.2.2.2.2 Subcategoria temática 2: Como se faz presente

Quando questionados se a espiritualidade é presente em suas vidas, os 16 participantes cuidadores familiares responderam que sim.

Nesta subcategoria foram agrupados os relatos sobre as formas que a espiritualidade se faz presente na vida dos participantes de acordo com eles. Foram identificados 14 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Deus**

Essa unidade apresentada engloba 12 relatos que demonstram que os participantes identificam a espiritualidade em suas vidas através da percepção da presença de Deus em todos os momentos do dia a dia e também de fazer Ele presente no cotidiano através das orações e conversas, da gratidão a Deus, da conexão com Deus e através do buscar e do levar a palavra de Deus.

“Eu sinto a presença de Deus que quando eu penso aquilo que eu penso, eu peço com fé e valido. Eu creio que Ele está comigo, todos os momentos comigo ...com você, com todos eles, entendeu? Para mim é a minha vida. É a minha vida saber que Deus tá inscrito com a gente. Ele está com a gente!”

CF3

“Deus se faz presente muito forte na minha vida, em todos os momentos, no trabalho, na vida social, na família, na doença.”

CF5

“Mesmo que eu não tenha ido buscar palavras, mesmo assim, eu creio de alma que Ele está junto comigo, né? Ele está dando a força para nós.”

CF6

“A gente participa todo domingo da missa, quando tem os textos a gente faz em casa, a gente tem o hábito de rezar o texto todo o dia em casa; acompanhar, né? E, além de alguns trabalhos sociais, com a pandemia parou muita coisa, mas a gente sempre chega no outro, na necessidade do outro... a gente sempre tem sempre algo para dar, entendeu?”

CF7

“Ah, de muitas formas... Faz eu me sentir muito bem. Assim, olha, eu estava em começo de depressão. E eu venho orando a Deus, orando a Deus, pedindo para que Ele tire isso de mim e Ele me atende... Eu fico melhor.”

CF15

“Eu estou correndo atrás de uma coisa, se dá certo, eu agradeço a Deus... tudo o que eu ganho, tudo quanto é coisa eu levo a Deus porque é Deus que, primeiramente, que ajuda a gente, né? Dá força pra gente.”

CF16

“Pra mim, é crer em Deus, né? Crer em Deus e pedir para Deus que dê forças para mim e pra ela agora, né? Que está enferma numa cama... que ela melhore amanhã ou depois... que ela venha melhorar mais. Tudo que eu peço para Deus, eu acho que Ele olha, Ele aceita... porque eu tenho fé em Deus. Eu sou bom, não sou uma pessoa ruim, o que eu puder fazer para os outros eu faço e não cobro retribuição amanhã ou depois. Eu faço porque eu gosto.”

CF17

“Eu sigo, eu falo da minha religião para as pessoas e principalmente para minha família que não são religiosos.”

CF18

“Ahh... orando, buscando, pedindo 24 horas... quando tô sentada ali, quando tô fazendo alguma coisa, minha mente tá ligada lá, entende?”

CF20

“Eu acredito em Deus.”

CF22

“Eu falo assim que ultimamente eu tenho ouvido, visto Deus agir nas pequenas coisas... nesse momento que estamos passando. Ele falou assim ‘ó, eu não passo despercebido e eu presto atenção em tudo, eu faço assim, nada é por acaso...’ Então eu vejo assim, Deus agir nas pequenas coisas. Eu acho que Deus age em tudo... na minha casa, tudo o que eu tenho, tudo que eu sou, eu falo que eu sou uma pessoa abençoada. Sim, em todos os momentos da minha vida. Sabe quando eu levanto... quando eu vou trabalhar... Ele está presente em todos os momentos, né? No meu dia a dia.

Sabe, tudo que eu faço... eu sou uma pessoa muito agradecida a Deus por tudo o que eu tenho... eu falo que eu tenho mais do que eu mereço.”

CF23

“Pra mim é uma luz, é conexão com Deus, entende? Eu tenho conexão... muitas coisas eles vêm me avisar; muita coisa eu percebo. Às vezes eu aviso as pessoas o que vai acontecer, muita gente não acredita, entende? E eu corto muita coisa ruim, abaixo de Deus, com eles...Para mim é uma grande coisa.”

CF24

- **Ensinamentos do dia a dia**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato em que o participante refere que a espiritualidade é presente na sua vida pela percepção de ensinamentos diários.

“Das coisas que acontece no dia a dia da gente... então as vezes eu vejo que tem coisa que parece que vem a calhar no momento, sabe? Que vem pra ensinar... vem pra usar o amor ao próximo... Enfim... Coisas assim.”

CF1

- **Esperança**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato em que o participante refere que a espiritualidade é presente na sua vida na forma de esperança por momentos melhores, pelo alívio do sofrimento.

“De uma Esperança, né? Que a gente, mesmo que está numa situação assim, a gente sabe que é uma fase difícil, que todo ser humano passa, não é? Mas que em breve, todas as coisas, acredito, que todas essas coisas, esse sofrimento vai acabar...”

CF8

Novamente os resultados apresentados nessa subcategoria corroboram com o encontrado na literatura e já discutido previamente: da mesma forma que o conceito sobre espiritualidade é amplo, a maneira como se percebe essa dimensão também.

Além disso, a partir dos relatos obtidos, é possível perceber a questão do *coping*, conceito e discussão também realizados anteriormente.

5.2.2.2.3 Subcategoria temática 3: Como exerce no ambiente doméstico

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes cuidadores familiares exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico. Foram identificados 22 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Dogmas/rituais religiosos**

Essa unidade apresentada engloba 11 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico através da realização de dogmas e rituais relacionados às religiões seguidas, como orações, ouvir e cantar louvores, leitura da Bíblia, ir à Igreja, adoração de imagens e até mesmo a realização desses dogmas e rituais independente do frequentar a instituição religiosa.

“Assim... é tudo evangélico lá, então, para todos eles é ir na Igreja, é batizar.”

CF3

“Ah eu tenho meu oratório dentro do meu quarto; tenho a minha Bíblia, inclusive dada por ela... é... e a gente tem as imagens, né? Que a gente tem pela casa uma Nossa Senhora no quarto, eu também tenho a minha no meu quarto”

CF5

“Orando a Deus, né?”

CF6

“Quando eu posso, eu leio um pouco; eu rezo... para me dar força, né?”

CF9

“Ai eu oro muito, leio a Bíblia, canto louvor. Gosto muito de ir na igreja.

Gosto muito da nossa pastora, então é maravilhoso...”

CF15

“O dia inteiro cantando hino! Quando eu não canto o hino, as minhas crianças falam ‘nossa mãe, o dia inteiro não cantou... a mãe tá brava?’ Falo ‘não, filha, a mãe não tem tempo de ficar ajoelhada lá. Então a mãe fica cantando do jeito da mãe. A mãe fica cantando o dia inteiro, levando o pensamento em Deus e cantando.”

CF16

“Aí é assim... tem hora... é... não é todo dia que a gente está assim, bem assim... Espiritual, né? Não é todo dia... mas tem dias que eu louvo, eu louvo mesmo de voz alta... Eu oro sozinha, eu oro pelos 4 cantos da casa, sabe? Eu peço para Deus ‘interceda Deus por mim, pelo meu casamento, pela minha família, pelos meus filhos, meus netos, minha família, pelo mundo, pelo Brasil, por essa doença (Covid-19) que está matando, já matou muita e muita gente’. Assim... eu peço a Deus pra ter misericórdia do ser humano.”

CF18

“Na minha casa eu leio a Bíblia, eu falo com Deus, né? Minhas atitudes também... com meus familiares, né? Dessa forma!”

CF19

“Sim, em casa... que nem... eu levanto de manhã a primeira coisa que eu faço é pedir para Deus estar aguardando, abençoando todo mundo, né? E aí, no meio do dia eu tô lá... tô lavando a roupa, tô cantando, se eu tô fazendo a comida, eu tô cantando, sabe? É assim... Então eu acho que Deus está ali presente a todo momento. Eu creio.”

CF20

“Eu rezo às vezes sozinho e tal, mas... é... Mas não sou de ir na Igreja, acompanhar nada, mas eu confio Nele.[...]”

CF22

“Nas orações! Faço muita oração, peço muito para eles. Peço com fé, porque tudo que você pedir com fé, meu bem, você recebe, você alcança, viu? Pode ter certeza... que a fé acima de tudo... é ter fé, crer e acreditar. E confiar, principalmente.”

CF24

- **Conversas**

Essa unidade apresentada engloba 7 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente doméstico através de conversas, sendo estas sobre ou com Deus.

“Nesse momento tenho feito muito eu e Deus, sabe? Com os meus olhos fechados, às vezes chorando, às vezes com os joelhos dobrados. Mas é uma conversa bem particular, é muito forte...”

CF5

“Faço aquela conversa com Ele, né? Fico clamando Ele por 3 vezes ‘Santo Senhor Jesus’, porque eu sei que o Senhor Jesus cobre nós com o teu sangue, né? E Ele vem, traz a sua paz, sua mansidão, sua misericórdia.”

CF6

“Então... é o trabalho de pregação, né? Porque a partir do momento que você está ensinando o outro, você está revivendo aquilo para você, né? Você está dando Esperança para os outros. Aquela Esperança está mais viva dentro de você! Então é importante nós falarmos dessa Esperança. E é dar força... Já de manhã tem uma leitura pessoal que é chamado de texto diário. Então, ele vai mostrar como a gente vai pôr em prática esse texto durante o dia... às vezes, na correria, não dá tempo de ler a Bíblia, não dá

tempo de falar com ninguém sobre a Bíblia até... Então a gente lê o texto, lê o comentário e aquilo a gente faz uma aplicação que esse texto vai me ajudar hoje? Que que vai me ajudar? A lidar com tal situação, ajudar ou como que eu vou aplicar isso no meu modo de agir com as pessoas. Então isso vai me ajudando a lidar melhor durante o dia.”

CF8

“Hum.. eu peço. Pode ter um cantinho; eu vou na Igreja, mas tenho fé em Deus. Então eu peço pra Deus me ajudar, me libertar, peço que ajude minha família, minha mãe, minha irmã, dê força pra elas, pra mim. Porque quando eu peço pra Deus, sinto que estou perto de Deus.”

CF17

“Na minha casa eu leio a Bíblia, eu falo com Deus, né? Minhas atitudes também... com meus familiares, né? Dessa forma!”

CF19

“Sim, em casa... que nem... eu levanto de manhã a primeira coisa que eu faço é pedir para Deus estar aguardando, abençoando todo mundo, né? E aí, no meio do dia eu tô lá... tô lavando a roupa, tô cantando, se eu tô fazendo a comida, eu tô cantando, sabe? É assim... Então eu acho que Deus está ali presente a todo momento. Eu creio.”

CF20

“Ai eu falo de Deus, eu vou na missa, eu, mas todos os domingos quando eu chego, eu tenho Eduardo e Isabella... Eduardo é casado, mas a Isabela... Eu falo Isabela, vem aqui... então hoje foi falado assim na palavra, assim, assim, assim, sabe Isabela? Ela... não comenta nada. Ela fala ‘é mãe?’ Então eu procuro levar, sabe? Eu guardo alguma coisa que foi falado lá na missa todos os domingos e eu chego em casa e passo para Isabela.”

CF23

- **Auxílio ao próximo**

Essa unidade apresentada engloba 4 relatos que demonstram que o exercício da espiritualidade no ambiente doméstico ocorre por meio do auxílio ao próximo.

“Sempre procurando fazer o bem, o melhor possível pra todos que estejam ao redor, pra todos que precisar de mim, um amigo, qualquer pessoa... qualquer pessoa que precisar eu tô disposta a ajudar....”

CF1

“A gente tem já incorporado há muito tempo a questão de viver para os outros, de estar sempre disponível para ajudar. Minha esposa é farmacêutica, eu sou médico, então a gente sempre colocou o outro, muitas vezes acima da gente. A importância de enxergar o outro uma pessoa que precisa ser acolhido, precisa de carinho, né? É o exercício do amor incondicional, é difícil você atingir esse, né? Lógico que a gente tem as recaídas, mas.... eu costumo dizer que isso vem com a sabedoria, porque não basta você ter o conhecimento, o conhecimento é importante, mas se você não consegue transformar em sabedoria, ele não vale nada, ele fica apenas restrito a você mesmo; você não consegue fazer que aquilo reverta em benefício para você. Quando você consegue fazer isso e leva os outros, é uma graça.”

CF7

“Na minha casa eu leio a Bíblia, eu falo com Deus, né? Minhas atitudes também... com meus familiares, né? Dessa forma!”

CF19

“[...]E procuro não fazer nada assim... Fazer sempre o bem para as pessoas, né?”

CF22

Essa subcategoria temática apresenta resultados semelhantes aos encontrados nos relatos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis,

tendo sido discutidos previamente.

5.2.2.2.4 Subcategoria temática 4: Como exerce no ambiente hospitalar

Nesta subcategoria estão agrupados os relatos de como os participantes cuidadores familiares exercem a própria espiritualidade no ambiente hospitalar, durante o acompanhamento das internações de seus entes queridos. Foram identificados 15 relatos dispostos em 3 unidades de significado.

- **Orando e falando com Deus**

Essa unidade apresentada engloba 13 relatos que retratam que os participantes exercem a própria espiritualidade no ambiente hospitalar através de orações para eles mesmos, para os seus entes queridos e para os demais doentes e através de conversas com Deus. Muitos relatos trazem a mesma descrição entre a forma que realizam nos ambientes doméstico e hospitalar.

“Oro em pensamento pedindo que Deus retorne; que Deus tire essa coisa ruim Dela e que Deus vai libertar ela mais a gente. Oro muito por ela. A hora que eu deito eu também já oro por ela ‘Deus, a nossa prova é dura, mas nós vamos vencer, se Deus quiser, Deus vai dar Vitória, Ele vai dar a Vitória, se Deus quiser’”

CF3

“Quando eu fico um pouquinho mais quieta com os meus olhos fechados e falando com Deus... pedindo para que ele dê força para a gente, que abençoe, que dê saúde para que a gente volte para casa logo...”

CF5

“Eu tenho no celular um aplicativo que tem todas as informações. Tem a Bíblia online, tem vídeos, tem todas as coisas que eu preciso, né? Pra manter minha espiritualidade ativa pra quando eu sair daqui, também continuar tendo essa força... lembrar, embora a minha irmã esteja aqui, mas

eu estou em casa orando, estou pensando, estou pedindo ajuda tanto pra ela como pra todas as famílias né? Pra todas as pessoas que também que precisa, né?”

CF8

“Enquanto eu estou aqui como acompanhante, que ele está nervoso, ele está bravo, nervoso... Eu rezo! Eu rezo... é o que me dá forças para eu estar aqui.”

CF9

“Faço igual em casa... Estou aqui, estou orando, leio Bíblia, ouço louvor. E olha, não pode esquecer de Deus em minuto nenhum, né?”

CF15

“Ah... um minuto que a gente fica parada, a gente leva o pensamento em Deus pra Deus abrir tudo que tem o tempo certo... não cai uma folha da árvore sem Deus querer. Então eu falo que eu não quero ver minha mãe sofrer, porque ela fez muito na vida ajudando os outros. Eu quero que ela tenha um fim bom; sem dor, sabe? Sem sofrimento, ela não merece sofrer...”

CF16

“Eu consigo porque eu estou sentindo a presença Dele quando rezo... porque Ele sempre está ajudando a minha mãe, melhorando.”

CF17

“Às vezes eu paro e faço um período de oração. Às vezes eu canto mais ela. Ontem, antes de nós irmos pra ressonância eu coloquei as minhas mãos na cabeça dela e nós oramos junto, entendeu? Antes de ir para ressonância... e nós oramos e entregamos a Deus e pedimos para Ele... que a vontade é Dele. A vida é Dele. Quem deu foi Ele. Então a vida está nas mãos Dele. Então que seja feita a vontade Dele. Nós oramos e agradecemos.”

CF18

“Aqui eu fico em oração também, não só por ela, né? Mas por todos, até por mim, para que Deus esteja presente, né? Eu consigo exercer dessa forma.”

CF19

“Sento ali... eu trouxe a Bíblia... leio a palavra, sabe? Ali em espírito eu oro, eu peço pra Deus... é assim.”

CF20

“Quando a gente está quieto, a gente fica pensando, pedindo, né?”

CF22

“Nós rezamos hoje, eu e ela... A gente rezava todos os dias, a gente caminhava... e aí a gente caminhava e eu falava assim ‘vamos agradecer a Deus por mais 1 dia, né?’ E a gente começava a rezar... e hoje eu trouxe o terço que a gente rezava, né? Que a gente rezava o terço e eu coloquei o fone no ouvido dela para ouvir... então eu coloquei um no meu ouvido e outro no dela... porque eu falei que a gente precisava rezar o terço, porque ela sempre falava que quando ela fosse morrer, que ela queria estar nos braços de Nossa Senhora. E eu peguei e coloquei o terço. Não sei se ela ouviu, mas eu coloquei, sabe? Estou sempre em oração com ela ‘mãe, vamos rezar? Precisa rezar’.”

CF23

“Aqui eu estou pedindo sempre para eles. Estão sempre conectados em volta de mim onde eu estou, eles estão junto comigo, sempre me livrando dos inimigos, me livrando do perigo, me livrando daquelas pessoas que me rodeiam. Às vezes, as pessoas não percebem, eu percebo tudo. Tem pessoas que eu chego e falo, fulano é assim, assim, assim, assim... o que vai acontecer? Tem muitos que duvidam de mim, mas é um dom que Deus me deu, então esse dom, eu quero ter ele para sempre... pra poder ajudar aqueles que necessitam e aqueles que não necessitam também... aqueles que crêem e aquele que não acreditam também e vamos ajudando. Vamos na fé, estou perto, estou vendo, falando... inclusive eu tô aqui no hospital,

eu tô prestando atenção em tudo. Tem muita gente que está aqui, não tá assim com... com doença material... que está com doença espiritual. Você entendeu? Às vezes fala assim, eu internei com doença material, não foi não... ele está internado, mas com doença espiritual, entendeu? Precisa ter muita fé, muita fé. E é o que eu tenho. É o que me dá força.”

CF24

- **Falando sobre Deus**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que retrata que o participante exerce a própria espiritualidade no ambiente hospitalar falando sobre Deus para outras pessoas, independente do significado religioso.

“Pra mim é falar da palavra de Deus assim para alguém. Até hoje de manhã tinha uma filha e uma mãe que é da Igreja Católica. A gente falava assim sobre as coisas, mas não, eu não chegava a falar as coisas da Igreja com ela porque a gente vai em lugar diferente... comecei uma amizade muito bonita com ela, independente de que ela é católica ou não.”

CF6

- **Conversando sobre outros assuntos**

Essa unidade apresentada engloba 1 relato que mostra que o participante exerce a própria espiritualidade no ambiente hospitalar se permitindo falar sobre outros assuntos com o seu ente querido que não seja o adoecimento ou o próprio tratamento de saúde.

” A gente conversa muito, a gente brinca muito, e... procura outros assuntos, não só sobre o problema em si né, pra não ficar toda hora tocando no assunto, né...”

CF1

Nesta subcategoria também é possível perceber semelhanças com os resultados encontrados para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Destaca-se o último relato apresentado (CF1) que traz sobre a importância de se permitir falar sobre outros assuntos, que não o adoecimento no ambiente hospitalar.

Um estudo realizado em 2022, com o objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento de familiares acompanhantes de pacientes internados na Unidade de Terapia Semi-Intensiva de um hospital especializado em cardiopneumologia, encontrou como estratégia utilizada a “distração”, denominada dessa forma pelos próprios participantes. De acordo com os autores, essa estratégia consiste em uma alternativa que ajuda na regulação das emoções, ou seja, uma manobra cognitiva, que irá desempenhar papel de negociação com as emoções, com o objetivo de alterar o sentido real da situação, amenizando a dor da pessoa em sofrimento; funcionando também como alternativa para driblar o ócio e até o vazio que o tempo dentro do ambiente hospitalar pode trazer, bem como caracterizando uma postura passiva na espera de uma melhora do ente querido (Neves *et al.*, 2022).

Enfatiza-se quanto esse dado é importante para atuação do profissional da saúde, em especial do terapeuta ocupacional, uma vez que a dimensão espiritual consiste em algo inseparável do ser humano podendo ter influências por meio da ocupação (Araújo, Oliveira, Jaramillo, 2014).

Os participantes foram questionados sobre a abordagem da dimensão espiritual durante a internação. Todos (16) relataram que essa dimensão não foi abordada por nenhum profissional da saúde em nenhuma vivência hospitalar.

“É, eu acho que não é abordado muitas vezes por uma questão de preconceito, de como abordar isso sem saber de qual religião a pessoa é. Mas eu acho que quando a gente fala em Deus, nós não estamos falando de religião, do católico, do espiritismo, do evangélico. A gente está falando da espiritualidade, de uma coisa maior que está aqui para abençoar qualquer pessoa. Então eu acho que faz falta, independe da religião, faz

falta a presença, né? Desse momento, né? De falar sobre isso com a gente.”

CF5

Destaca-se o relato acima em que o participante acredita que a justificativa da não abordagem da dimensão espiritual pelos profissionais da saúde durante a internação está relacionado ao preconceito, ao não conhecimento da religião do outro. Esse participante também traz a concepção de Deus não atrelada à uma religião específica.

Um estudo que objetivou conhecer como uma equipe multiprofissional atuante em um hospital geral junto a pacientes crônicos aborda a dimensão espiritual desses indivíduos, encontrou que os participantes apresentam dificuldade em prestar o cuidado espiritual aos sujeitos que possuem um conceito de espiritualidade diferente do seu (Pinto, 2018).

Separar a espiritualidade pessoal da do sujeito de cuidados envolve ter uma definição clara sobre a sua, estudos sobre o tema e a disponibilidade em conhecer o outro, em descobrir quais são as suas vontades, desejos, crenças, o seu sentido de vida (Pinto, 2018).

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 o influenciar no momento da abordagem (Nascimento *et al.*, 2013).

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).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber a quantidade crescente de estudos que buscam mostrar a relação entre espiritualidade, saúde e doença e o quanto esses três campos são permeados pela subjetividade.

No âmbito da terapia ocupacional, esse crescente interesse também se faz presente. No entanto, apesar dos estudantes e profissionais da terapia ocupacional acreditarem que a espiritualidade auxilia seus pacientes a lidarem com dificuldades cotidianas, ainda existe uma lacuna entre a teoria e o que é realmente avaliado e praticado pelos terapeutas ocupacionais, ou seja, o componente espiritual ainda não está incorporado em sua prática profissional (De Carlo, 2021). Pelos resultados encontrados nesse estudo, é possível supor que os profissionais introduzem a dimensão espiritual do cuidado na atuação profissional como ‘consequência’ da perspectiva integral e de perceberem a incorporação de dados como crença, religião e avaliação das atividades

desempenhadas em relação ao exercício dessa dimensão como natural da avaliação da terapia ocupacional. Talvez o aspecto central da questão não sejam as ocupações em si, mas uma atenção maior para os contextos que favoreçam o “transcender” de uma determinada ocupação, como o exemplo do trabalho da camareira citado por Araújo, Oliveira e Jaramillo (2014).

Este estudo mostrou que os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e os cuidadores familiares identificam práticas de exercício da sua dimensão espiritual tanto no ambiente doméstico quanto no ambiente hospitalar e apresentam o *coping* religioso/espiritual como o mais utilizado no enfrentamento do adoecimento e das internações, muitas vezes necessárias ao cuidado e tratamento de saúde. Porém, dentro do ambiente hospitalar, eles buscam esse enfrentamento e o exercício da espiritualidade aparentemente sozinhos, uma vez que todos os participantes relataram nunca terem sido diretamente abordados pelos profissionais da saúde a respeito dessa dimensão.

Em relação aos terapeutas ocupacionais, este estudo apontou que incluem a dimensão espiritual dos pacientes na atuação profissional por reconhecerem os benefícios, por considerarem essa inclusão como uma prática do terapeuta ocupacional e por perceberem o indivíduo em sua integralidade. Relatam que a abordagem da dimensão espiritual dos pacientes se dá por meio do cuidado humanizado (reconhecendo o indivíduo como protagonista de sua história e considerando suas singularidades); do uso de atividades disparadoras e significativas, da criação de espaços de expressão, acolhimento e troca de experiências/vivências (como, filmes, meditações, orações, oficinas terapêuticas, grupos, palestras, músicas e leituras); e quando o paciente apresenta essa demanda ao longo do atendimento.

Quanto aos cuidadores familiares, os terapeutas ocupacionais relatam incluir a abordagem da dimensão espiritual por reconhecerem os cuidadores como sujeitos de cuidado e, também, a sua importância no tratamento do paciente; a abordagem, por sua vez, também se dá através do uso de recursos.

Pontua-se que os terapeutas ocupacionais relataram que exercem a sua espiritualidade através de ocupações significativas, trazendo certa clareza sobre a importância destas como um meio na prática da espiritualidade. Talvez por isso consigam utilizar as atividades significativas como um meio de

possibilitar o exercício da espiritualidade de pacientes e cuidadores durante o período de hospitalização.

No entanto, questiona-se se é possível traçar uma forma, um caminho certo, um 'script' para a abordagem da dimensão espiritual pelo terapeuta ocupacional.

Neste sentido, é importante considerar o que já foi discutido ao longo desse estudo: como qualquer ponto de vista sobre espiritualidade, religião e religiosidade sempre estará associado à subjetividade e às vivências individuais em relação a esses temas, a maneira adotada por um terapeuta ocupacional de valorizar a espiritualidade no contexto clínico da profissão pode não ser compartilhada por outros colegas (Araújo *et al.*, 2014). Portanto, faz sentido falar em uma possibilidade de reconhecer a espiritualidade enquanto um fator vinculado à motivação dos clientes, capaz de atribuir sentido à vida e, portanto, intimamente ligada à forma, à função e ao significado das ocupações (AOTA, 2014). Essas qualidades tornam a espiritualidade elementar nas intervenções cujo foco esteja voltado para o desempenho ocupacional dos clientes (Araújo *et al.*, 2014).

Neste sentido, este estudo caminhou na intenção de elucidar o quanto a ocupação e a espiritualidade se relacionam de forma complexa e natural: a ocupação pode ser um meio gerador de sentido de vida e, também, pode contribuir para o exercício e fortalecimento do sentido de vida existente através da dimensão espiritual.

Obviamente o diálogo entre espiritualidade e os campos da educação, pesquisa e cuidado em saúde se fazem necessários para a prestação de serviços de qualidade, voltados à integralidade do sujeito bem como à manutenção do bem-estar dos próprios profissionais da saúde.

“As enfermidades da mente, do corpo e do espírito podem sanar através da ocupação”.

W R Danton

7. REFERÊNCIAS

- 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>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- ARAÚJO, L. S.; GOMES, L. R. C. M.; MELO, T. C. P.; COSTA, F. S. Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, e3203, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO244832031>. Acesso em: 29 jun. 2025.
- ALMEIDA, C. R. V.; SOUZA, A. M.; CORRÊA, V. A. C. Sobre as ocupações de idosos em condição de hospitalização: qual a forma e o significado? *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 25, n. 1, p. 147-157, 2017.
- ALVES, P. C.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Estresse e estratégias de coping em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal. *Online Braz. J. Nurs.*, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120028>.
- ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em bioética. *Mundo saúde*, v. 31, n. 2, p. 155-160, 2007.
- ARAÚJO, L. S.; OLIVEIRA, I. B. S.; JARAMILLO, S. R. Espiritualidade e a prática da terapia ocupacional: interfaces no campo da ocupação humana. *TOG (A Coruña)*, v. 11, n. 20, p. 1-19, 2014.
- ARIAS-ROJAS, M.; CARREÑO-MORENO, S.; ROJAS-REYES, J. Uncertainty towards the disease of family caregivers of patients in palliative care: a scoping review. *Aquichan*, v. 20, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.4>.
- ARRIEIRA, I. C. O., THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; MOURA, P. M. M.; MARTINS, C. L.; JACONDINO, M. B. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, p. 1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>. Acesso em 19 out. 2025.
- 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. A espiritualidade no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos. 2009. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. São Paulo. 2015; 26(esp):1-49. doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49.

BALLARIN, M. L. G. S.; MOREIRA, C. E. F. A. A.; TANNUS, L. M. N.; CASACIO, G. B. P. Espiritualidade e saúde no contexto da Terapia Ocupacional. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, v. 25, n. 3, p. 135-144, 2016.

BARSAGLINI, R. A.; SOARES, B. B. N. S. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 2, p. 399-408, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.15442017>.

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

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, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.

BOFF, Leonardo. Casamento entre o céu e a terra: contos dos povos indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Salamandra, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde. COVID-19 no Brasil, 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, A. S.; MORÉ, C. L. O. O.; PÉRES, G. M. Religiosidade e espiritualidade na perspectiva dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: uma revisão integrativa. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 3260–3270, 2024. DOI: 10.16891/2317-434X.v11.e3.a2023.pp3260-3270. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1220>. Acesso em: 2 out. 2025.

CARDOSO, E. M. R.; MONÇÃO, G. F. R.; GOMES, M. F. P.; RETICENA, K. O.; FRACOLLI, L. A. Enfrentamento da doença por pacientes com câncer e percepções sobre a assistência da equipe de saúde. Enfermagem Revista, v. 22, n. 2, 2019. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/21078>.
Acesso em: julho de 2023.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Terapia ocupacional no Brasil. São Paulo: Plexus, 2001.

DICKIE V. O que é ocupação? In: CREPEAU, E.; COHN, E.; SCHELL, B. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

CARRASCO, M. J.; OLIVARES, A. D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Santiago, n. 8, p. 5-16, 2008.

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.

CARVALHO, A. L. de S.; ASSAD, S. G. B.; SANTOS, S. C. P. dos; RODRIGUES, G. V. B.; VALENTE, G. S. C.; CORTEZ, E. A. Atuação profissional frente à pandemia de COVID-19: dificuldades e possibilidades. Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 9, n. 9, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.8025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8025>. Acesso em: 13 ago. 2023.

CAVALCANTE, A. C.; MAUÉS, N. C. S.; CASTRO, G. G. A. Ocupações e significados em cuidados paliativos oncológicos: o caso de "Nobreza" em seu processo de finitude. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 6, n. 1, p. 140-151, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955422017/html/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

COELHO, A.; BARBOSA, A. Family anticipatory grief: an integrative literature review. Am J Hosp Palliat Care, v. 34, n. 8, p. 774-785, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909116647960>.

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, p. 212-217, 2008.

DIB, R. V.; GOMES, A. M. T.; RAMOS, R. S.; FRANÇA, L. C. M.; PAES, L. S.; FLEURY, M. L. O. Pacientes com Câncer e suas Representações Sociais sobre a Doença: Impactos e Enfrentamentos do Diagnóstico. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.1935>

DICKIE, V. O que é ocupação? In: CREPEAU, E.; COHN, E.; SCHELL, B. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 15-21.

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

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798651/mod_resource/content/1/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf.

FIGUEIREDO, M. D. O.; ZAMBULIM, M. C.; EMMEL, M. L. G.; FORNERETO, A. D. P. N.; LOURENÇO, G. F.; JOAQUIM, R. H. V. T.; BARBA, P. D. Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 25, n. 1, p. 115-126, 2018.

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

FRANKL, V. E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

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, v. 9, n. 2, p. 356-362, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>.

FONSECA, R. A.; DANIEL, E. S.; RIBEIRO, W. A.; ALMEIDA, M. C. S.; SOUZA, J. Z. S.; CUNHA, V. S. B.; ALCOFORADO, G. K. S. M.; SILVA, E. S.; DUARTE, A. G. M. Enfrentando o paciente oncológico frente à quimioterapia: contribuições da enfermagem. Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 10, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12657>.

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, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 20-28, jan./abr. 2008.

GOMES, H.; BORGES, M. P. M.; BAPTISTA, G.; GALVÃO, A. M. A relação de ajuda ao doente em fim de vida e família: o enfermeiro e o cuidar em fim de vida. Revista Studere Ciência & Desenvolvimento, v. 1, n. 1, p. 98-120, 2017. DOI: <http://hdl.handle.net/10198/14562>.

GREENBERG, N. Mental health of health-care workers in the COVID-19. Rev Nephrol, v. 16, p. 425-426, 2020.

HEARD, C. P. Spirituality and Occupation in Living (SOiL) Model: Conceptualizing Occupational Performance Through the lens of Spirituality. The

Open Journal of Occupational Therapy, v. 11, n. 3, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.2081>. Acesso em: 06 fev. 2024.

HUDAK, Charlotte M.; GALLO, Barbara M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

JARAMILLO, R. G.; MONTEIRO, P. S.; BORGES, M. S. Coping religioso/espiritual: um estudo com familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enferm*, 2019. DOI: <http://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>.

KEARNEY, Michael K.; WEININGER, Radhule B.; VACHON, Maria L.; HARRISON, Richard L.; MOUNT, Balfour, M. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *JAMA*. 2009 Mar 18;301(11):1155-64, E1. DOI: 10.1001/jama.2009.352.

KOENIG, Harold G. Espiritualidade no cuidado com o paciente. Belo Horizonte: Fé Editora, 2005.

KOENIG, Harold G.; LARSON, David B.; LARSON, Sharon S. Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 35, n. 3, p. 352–359, mar. 2001. DOI: 10.1345/aph.10215.

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. 317-322.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes de La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1961–1972, 2018. DOI: 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.

MAIA, F. E. S.; MAIA, F. E. S. A família frente aos aspectos do câncer. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 14, n. 50, p. 63-69, 2016. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n50.3801>.

MANCHOLA, C.; BRAZÃO, E.; PULSCHEN, A.; SANTOS, M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioética*, v. 24, n. 1, p. 165-175, 2016.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.

Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

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

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

NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2007-2008. Organizado por North American Nursing Association. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013.

NEGROMONTE, Maíra Ribeiro de Oliveira; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Botucatu, v. 19, n. 2, p. 238–244, 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200003.

NETO, P. D. S.; DE ALMEIDA, I. T. H.; COSTA, L. V.; DE LIMA, R. L.; DE FREITAS, C. R. D. Importância do contexto familiar no processo de adoecimento. Revista Multidisciplinar em Saúde, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 25, 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/remss/article/view/369>. Acesso em: 19 julho 2023.

NEVES, L.; GONDIM, A. A.; PINHEIRO, J. A. M. Coping na hospitalização: estratégia de enfrentamento familiar de pacientes na unidade semi-intensiva. Psic. Rev., São Paulo, v. 31, n. 2, p. 455-474, 2022. DOI: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2022v31i2p455-474>.

NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. Rev. Psicol. [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/viewFile/2519/241>. Acesso em: julho 2023.

OLIVEIRA, G. R.; NETO, J. F.; SALVI, M. C.; CAMARGO, S. M.; EVANGELISTA, J. L.; ESPINHA, D. C. M.; LUCCHETTI, G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. Rev. Bras. Clin. Med., São Paulo, 2013 abr-jun, v. 11, n. 2, p. 140-144. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>. Acesso em: julho 2023.

OLIVESKI, C. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COGO, S. B.; CORDEIRO, F. R.; MARTINS, F. C.; PAZ, P. P. Experiência de famílias frente ao adoecimento por câncer em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm., v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 01 de julho de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>. Acesso em: julho 2023.

OTTATI, F.; CAMPOS, M. P. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta Colombiana de Psicologia*, v. 17, n. 2, p. 103-111, 2014. DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.2.11>.

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. Acesso em: 23 abr. 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PARK, J. S.; LEE, E. H.; PARK, N. R.; CHOI, Y. H. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 32, n. 1, p. 2-6, 2018.

PAPPA, S.; NTELLA, V.; GIANNAKAS, T.; GIANNAKOULIS, V. G.; PAPOUTSI, E.; KATSAOUNOU, P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 88, p. 901-907, 2020.

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. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007.

PEREIRA, L. J. E.; SILVEIRA, L. L. D. A. A relação entre dor, apoio e família no processo de enfrentamento do adoecimento crônico. *Saúde Coletiva (Barueri)*, [S. l.], v. 11, n. 66, p. 6483-6492, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6483-6492. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1660>. Acesso em: 19 jul. 2023.

PEREIRA SL, TAMARA NF, ALMEIDA, MHMDE, TOLDRÁ, RC. O desenho como recurso terapêutico junto a jovem hospitalizada: um relato de caso. *Medicina. Ribeirão Preto*. 2014; 47(supl):4.

PESSINI, L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 34, n. 4, p. 457-465, 2010.

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.

PINTO, B. T. Concepções acerca da espiritualidade no processo de cuidado em saúde dos profissionais de uma equipe multidisciplinar que atua com pacientes crônicos. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10806>. Acesso em: jul. 2023.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

REGINATO, V.; DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of research to date. Journal of Clinical Nursing, v. 15, n. 7, p. 852-862, 2006.

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>. Acesso em: 21 abr. 2018.

SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica. Mundo Saúde, v. 3, n. 2, p. 205-217, 2009.

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

SANTA CASA. 2017. Disponível em: <https://www.santacasaararaquara.com.br/sobre-santa-casa-araraquara>. Acesso em: 06 ago. 2022.

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

SANTOS LP; PEDRO TNF; ALMEIDA MHM; TOLDRÁ RC. Terapia ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2018. v.2(3): 607-620.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 99-107, 2013.

SANTOS, Q. N. Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 21, n. 2, p. 40-47, jul.-dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n2p40-47>.

SAPORETTI, L. A.; SILVA, A. M. O. P. A espiritualidade do profissional de saúde. In: Pereira, Felipe Moraes Toledo; Braghetta, Camilla Casaletti; Andrade, Paulo Antônio; Branco, Tiago Pugliese. *Tratado de Espiritualidade e Saúde*. 1 Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021, p.457-462.

SAPORETTI, L. A. 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. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 7, n. 3, p. 413-423, 2003.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SILVA, L. A. S. Ambiente hospitalar: uma proposição conceitual para o elemento do entorno do cuidado de enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/dissertacao_leticia.pdf. Acesso em: 22 abr. 2018.

SILVA, C. G. V.; MISSIATTO, L. A. F.; FEITOSA, F. B. Estratégias de Coping Utilizadas por Pacientes Oncológicos em uma Cidade do Interior da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 44, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.626>.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO - ISOS. 2009. Disponível em: <http://www.isocsci.org>.

SOMMERHALDER, C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001.

DE SOUSA, G. L. Terapia ocupacional e espiritualidade: uma revisão sistemática de literatura. 2021. 23 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/32848>. Acesso em: julho 2023.

SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C.; CARAMELLI, P. Coping in aged people with Alzheimer's disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 93-99, 2007.

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, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 3, p. 378-384, jul./set. 2009.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; DAS MERCÊS, M. C. C.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, L. C. M.; DA SILVA, A. N. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, [S. l.], v. 24, 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58692. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>. Acesso em: 3 out. 2025.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. M. S.; CURY, R. R.; MAZON, L. A dimensão moral e a ação ética no trabalho gerencial da enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 2, p. 181-186, 2000.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 243–267, 2011.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. 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, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WILCOCK, A. A.; TOWNSEND, E. A. Occupational justice. In: BOYT SCHELL, B. A.; GILLEN, G.; SCAFFA, M. Willard and Spackman's occupational therapy. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 541-552.

ZILLMER, J. G. V. Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/c9f0f895fb98ab9159f51fd0297e236d.pdf>. Acesso em: jul. 2023.

APÊNDICE A: CARTA CONVITE ENVIADA POR E-MAIL



Universidade
Federal
de São Carlos

Centro de Ciências
Biológicas e da
Saúde

Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional
Rodovia Washington Luís, s/n
Jardim Guanabara
São Carlos, SP 13565-905, Brasil
Fone: 0xx16 3351-9787

CARTA-CONVITE DE PARTICIPAÇÃO

Caro(a) terapeuta ocupacional, temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*”, que objetiva identificar os terapeutas ocupacionais que atuam no contexto hospitalar e abordam a dimensão espiritual dos sujeitos internados, bem como conhecer a maneira que realizam tal abordagem. Sua participação é de extrema importância, pois a partir dos resultados obtidos poderemos conhecer e mapear as práticas em Terapia Ocupacional na abordagem da dimensão espiritual no ambiente hospitalar, bem como contribuir para o cuidado integral do paciente hospitalizado e de sua rede de suporte. 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 questionário online constituído de perguntas abertas e fechadas sobre o tema em questão, com duração de aproximadamente 40 minutos podendo ser respondido através de qualquer dispositivo móvel ou pelo computador. Importante salientar que será omitida qualquer informação que possa identificá-lo(a), 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.

Segue abaixo o link para o questionário:

(Link gerado)

Pedimos a gentileza que, caso conheça algum(a) terapeuta ocupacional que se enquadre no perfil da pesquisa, nos envie o endereço de e-mail para que possamos encaminhar o convite para a participação nesse estudo.

Esperamos contar com sua participação. Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal
de São Carlos

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

Orientadora/Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de
São Carlos

APÊNDICE B: CARTA CONVITE DIVULGADA NAS REDES SOCIAIS



Universidade
Federal
de São Carlos

Centro de Ciências
Biológicas e da
Saúde

Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional
Rodovia Washington Luís, s/n
Jardim Guanabara
São Carlos, SP 13565-905, Brasil
Fone: 0xx16 3351-9787

CARTA-CONVITE DE PARTICIPAÇÃO

Caro(a) terapeuta ocupacional, temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*”, que objetiva identificar os terapeutas ocupacionais que atuam no contexto hospitalar e abordam a dimensão espiritual dos sujeitos internados, bem como conhecer a maneira que realizam tal abordagem. Sua participação é de extrema importância, pois a partir dos resultados obtidos poderemos conhecer e mapear as práticas em Terapia Ocupacional na abordagem da dimensão espiritual no ambiente hospitalar, bem como contribuir para o cuidado integral do paciente hospitalizado e de sua rede de suporte. 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 questionário online constituído de perguntas abertas e fechadas sobre o tema em questão, com duração de aproximadamente 40 minutos podendo ser respondido através de qualquer dispositivo móvel ou pelo computador. Importante salientar que será omitida qualquer informação que possa identificá-lo(a), 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.

Caso não possa ou não tenha interesse em participar, pedimos a sua colaboração compartilhando esse convite com os seus colegas terapeutas ocupacionais.

Segue abaixo o link para o questionário:

(Link gerado)

Agradecemos sua colaboração. Atenciosamente,

Bruna Teixeira Pinto

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal
de São Carlos

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

Orientadora/Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade
Federal de São Carlos

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 510/2016 do CNS)

TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*” orientado pela Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

O objetivo deste estudo é identificar os terapeutas ocupacionais que atuam no contexto hospitalar e abordam a dimensão espiritual dos sujeitos internados, bem como conhecer a maneira que realizam tal abordagem. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ter experiência nesse campo de atuação.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. Seu pedido de retirada de consentimento pode ser comunicado através do e-mail: brunateixeira0604@gmail.com.br A sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora nem com a instituição.

A coleta ocorrerá por meio de um questionário online, com base em perguntas norteadoras sobre o tema espiritualidade e a atuação da terapia ocupacional no âmbito hospitalar. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Será omitida qualquer informação que possa identificá-lo(a).

A coleta de informações não oferece risco imediato, porém se considera a possibilidade de um risco subjetivo, considerando que algumas perguntas, ao abordarem sua opinião sobre o tema em pesquisa, podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou ocasionar um leve cansaço após o preenchimento do questionário. No entanto, as devidas providências e cautelas serão tomadas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano, como a possibilidade de responder ao questionário de acordo com o seu tempo e disposição, uma vez que as respostas podem ser salvas uma a uma. O(a) senhor(a) também poderá optar pela suspensão imediata de sua participação, não acarretando nenhum tipo de despesa, incômodo ou qualquer inconveniente. O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira para participar desta pesquisa. Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo, em qualquer momento desta pesquisa, encaminhe um e-mail para brunateixeira0604@gmail.com.br informando o ocorrido, que a pesquisadora entrará em contato para acolhê-lo(a) no intuito de amenizar eventuais danos. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência

integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS n° 466/2012.

Por se tratar de uma pesquisa científica, esse estudo propiciará a sistematização de informações sobre a atuação da Terapia Ocupacional na dimensão espiritual, favorecendo a melhoria na qualidade do atendimento prestado, baseado na integralidade do cuidado e no conceito ampliado de saúde.

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, conforme o parecer (XXX), 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

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

APÊNDICE D: QUESTIONÁRIO ONLINE - ESTUDO 1

Por favor, leia atentamente as orientações abaixo antes de iniciar o questionário:

- a) Evite pular as perguntas! Suas respostas são essenciais para a compreensão global do estudo;
- b) A plataforma *google forms*® permite responder apenas uma vez o questionário. Sendo assim, se necessitar pausar, não feche a janela, pois poderá perder as respostas adicionadas;
- c) Para maiores esclarecimentos, entre em contato através do e-mail: brunateixeira0604@gmail.com.br

<u>Caracterização dos participantes:</u>
Qual a sua idade?
Qual o nome da instituição hospitalar que você trabalha?
Qual o município e estado da instituição hospitalar que você trabalha?
Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Mulher cisgênera <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Homem cisgênero <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não desejo declarar
Identidade étnico racial autodeclarada: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo

- Preto
- Indígena
- Amarelo
- Não desejo declarar

Crença:

Você participa de alguma(s) prática(s) espiritual(is)?

- Sim
- Não

De qual(is) prática(s) espiritual(is) você participa? Se não participar de nenhuma, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

Com que frequência você participa dessa(s) prática(s) espiritual(is)?

- Diariamente
- Uma vez por semana
- A cada quinze dias
- Uma vez por mês
- Quando sinto vontade
- A frequência com a qual participo não está descrita nas opções
- Não participo de nenhuma prática espiritual

Você participa de alguma(s) prática(s) religiosa(s)?

- Sim
- Não

De qual(is) prática(s) religiosa(s) você participa? Se não participar de nenhuma, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

Com que frequência você participa dessa(s) prática(s) religiosa(s)?

- Diariamente
- Uma vez por semana
- A cada quinze dias
- Uma vez por mês
- Quando sinto vontade
- A frequência com a qual participo não está descrita nas opções
- Não participo de nenhuma prática espiritual

Você se identifica com alguma religião? (Uma ou mais):

- Católica
- Evangélica
- Espírita Kardecista
- Umbanda
- Candomblé
- Budismo
- Xamanismo
- A religião com a qual me identifico não está descrita nas opções
- Não me identifico com nenhuma religião

Formação:

Graduação..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Residência..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Campo: Hospitalar

Saúde Mental

- Área Física
- Educação
- Tecnologia Assistiva
- Campo Social
- Saúde do Trabalhador
- O campo de atuação não está descrita nas opções
- Não se aplica

Especialização..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Campo: Hospitalar

- Saúde Mental
- Área Física
- Educação
- Tecnologia Assistiva
- Campo Social
- Saúde do Trabalhador
- O campo de atuação não está descrita nas opções
- Não se aplica

Ano de conclusão: _____ Local: _____

Campo: Hospitalar

- Saúde Mental
- Área Física
- Educação
- Tecnologia Assistiva

Campo Social

Saúde do Trabalhador

O campo de atuação não está descrita nas opções

Não se aplica

Ano de conclusão: _____ Local: _____

Campo: Hospitalar

Saúde Mental

Área Física

Educação

Tecnologia Assistiva

Campo Social

Saúde do Trabalhador

O campo de atuação não está descrita nas opções

Não se aplica

Mestrado..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Título: _____

Doutorado..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Título: _____

Pós-Doutorado..... Ano de conclusão: _____ Local: _____

Título: _____

Atuação profissional:

Quanto tempo de atuação no contexto hospitalar? (Informar meses ou anos)

Em qual(is) Unidade(s) em contexto hospitalar você atua (ou já atuou)? Pode assinalar uma ou mais opções.

- () Unidade de Internação Adulto
- () Unidade de Internação Pediátrica
- () Ambulatórios vinculados à instituição hospitalar
- () Unidades de Urgência e Emergência
- () Pré e/ou pós-curúrgico
- () Centros/Unidades de Terapia Intensiva Adulto
- () Centros/Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
- () Maternidade
- () Unidade semi-intensiva
- () Unidades COVID
- () Hospital-dia
- () Brinquedoteca
- () Visitas domiciliares vinculadas à instituição hospitalar
- () A unidade não está descrita nas opções

Qual o perfil diagnóstico da população que você atende (ou já atendeu) no contexto hospitalar? Pode assinalar uma ou mais opções.

- () Neurologia
- () Oncologia
- () Pneumologia

- Cardiologia
- Cuidados Paliativos
- Covid
- Reumatologia
- Ortopedia
- Demências
- Doenças Infectocontagiosas
- Doenças Renais
- Transplantados
- Queimados
- Pré e/ou pós-curúrgico
- O perfil de diagnóstico não está descrita nas opções

Qual a faixa etária da população que você atende (ou já atendeu) no contexto hospitalar?

- Neonatal (0 até 1 ano incompleto)
- Crianças (1 ano completo até 12 anos incompletos)
- Adolescentes (12 anos completos até 18 anos incompletos)
- Adultos jovens (19 anos incompletos até 40 anos incompletos)
- Adultos maduros (de 40 anos completos até 60 anos incompletos)
- Idosos (60 anos ou +)

Espiritualidade:

Em algum momento da sua formação, você cursou a disciplina Espiritualidade ou teve contato com este tema por meio de outra disciplina?

- Graduação
- Residência
- Especialização

- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Nunca tive contato com o tema Espiritualidade na minha formação

De acordo com a questão anterior, qual a carga horária do tema "Espiritualidade" ao longo da sua formação? Se não teve contato, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica"

Já teve proximidade com o tema espiritualidade e saúde através de eventos científicos?

- Cursos
- Simpósios
- Congressos
- Palestras
- Workshop
- Oficinas
- Eu tive contato, porém o tipo de evento não está descrito nas opções
- Nunca tive proximidade com o tema Espiritualidade em nenhum evento específico

Perguntas abertas:

1. O que é Espiritualidade pra você?

2. Como você acredita que o seu conceito de Espiritualidade foi construído?

3. Você inclui o cuidado da dimensão espiritual dos PACIENTES na sua atuação profissional no contexto hospitalar?

- Sim
- Às vezes
- Não

3.1. Por que você inclui o cuidado da dimensão espiritual dos PACIENTES na sua atuação profissional no contexto hospitalar? Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

3.2. Há quanto tempo você inclui o cuidado da dimensão espiritual dos PACIENTES na sua atuação profissional no contexto hospitalar? Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

3.3. Como foi esse processo de inclusão? Conte-me. Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

3.4. Como você aborda a dimensão espiritual do PACIENTE hospitalizado e realiza esse cuidado? Caso não aborde, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

3.5. Com que frequência você aborda a dimensão espiritual do PACIENTE ao longo da internação? Caso não aborde, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

4. Você inclui o cuidado da dimensão espiritual de CUIDADORES FAMILIARES na sua atuação profissional no contexto hospitalar?

Sim

Às vezes

Não

4.1. Por que você inclui o cuidado da dimensão espiritual de CUIDADORES FAMILIARES na sua atuação profissional no contexto hospitalar? Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

4.2. Há quanto tempo você inclui o cuidado da dimensão espiritual de CUIDADORES FAMILIARES na sua atuação profissional no contexto hospitalar? Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

4.3. Como foi esse processo de inclusão? Conte-me. Caso não inclua, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

4.4. Como você aborda a dimensão espiritual do CUIDADOR FAMILIAR inserido no contexto hospitalar e realiza esse cuidado? Caso não aborde, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

4.5. Com que frequência você aborda a dimensão espiritual do CUIDADOR FAMILIAR ao longo da internação? Caso não aborde, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

5. Em relação ao cuidado da dimensão espiritual, existe algum caso ou situação que você queira destacar ou tenha te marcado de alguma forma? Conte-me. Caso não tenha, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

6. Você nutre a sua espiritualidade com alguma frequência?

Sim



Às vezes

Não

6.1. De que forma você nutre a sua espiritualidade? Caso não realize isso, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

6.2. Você considera que o fato de nutrir sua espiritualidade influencia o cuidado que presta aos pacientes e/ou cuidadores familiares no contexto hospitalar? Por quê? Conte-me. Caso você não realize isso, por favor responda com a sigla NA, referente à frase "Não se aplica".

APÊNDICE E: APROVAÇÃO COLETA SANTA CASA

	AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS	Página 1 de 1
Araraquara, 10 de Novembro de 2021		
Alunos Responsáveis: Bruna Teixeira Pinto		
Tema: Terapia ocupacional e a abordagem da dimensão espiritual no contexto hospitalar. Em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade.		
Universidade/Curso/Ano: Universidade Federal De São Carlos / Curso: Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional / Ano 2019		
Setor/ Setores: <i>2º andar / Serviço</i>		
Cronograma Permitido:		
<input checked="" type="checkbox"/> Segunda-feira <input type="checkbox"/> Manhã		
<input checked="" type="checkbox"/> Terça-feira <input checked="" type="checkbox"/> Tarde <i>14h as 17h</i>		
<input type="checkbox"/> Quarta-feira <input type="checkbox"/> Noite		
<input type="checkbox"/> Quinta-feira		
<input checked="" type="checkbox"/> Sexta-feira		
Início da coleta de dados: <i>24/11/21</i>		
Término da coleta de dados: <i>fev/22</i>		
Feedback da pesquisa: <i>fev/22</i>		
Horário:		
Data:		
Local:		
 Gestor do Centro de Ensino e Pesquisa		
 Gestor da Área		
Declaro que recebi e estou ciente das normas para realização da pesquisa e estou de posse de um crachá de identificação que deverá ser devolvido no final da coleta de dados.		
 Pesquisador Responsável		
CÓPIA CONTROLADA		PES.H.E.SCA.004/VERSÃO001

APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 510/2016 do CNS)

TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*”, orientado pela Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

O objetivo deste estudo é identificar como os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis conceituam a espiritualidade, a ocupação significativa, bem como conhecer a relação entre ocupação, significado e espiritualidade.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ser portador de uma doença crônica não transmissível. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento 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.

A coleta ocorrerá por meio de uma entrevista individual, com base em perguntas norteadoras sobre os temas espiritualidade, ocupação significativa e períodos de hospitalização. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Será omitida qualquer informação que possa identificá-lo(a).

A coleta de informações não oferece risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, uma vez que algumas perguntas, ao abordarem sua opinião sobre o tema em pesquisa, podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou ocasionar um leve cansaço após a realização da entrevista. No entanto, as devidas providências e cautelas serão tomadas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano, como a escolha do melhor momento, local e condições para a realização da entrevista. O(a) senhor(a) também poderá optar pela suspensão imediata de sua participação, não acarretando nenhum tipo de despesa, incômodo ou qualquer inconveniente. O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira para participar desta pesquisa. O(a) senhor(a) será acolhido(a) pela pesquisadora caso se sinta, em qualquer momento desta pesquisa, prejudicado por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS nº 466/2012.

O (a) senhor(a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde constam o telefone e e-mail da pesquisadora responsável, a qual poderá esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Por se tratar de uma pesquisa científica, esse estudo propiciará a sistematização de informações sobre a relação entre ocupação, significado e espiritualidade para portadores de doença crônica não transmissível hospitalizados, favorecendo a melhoria na qualidade do atendimento prestado, baseado na integralidade do cuidado e no conceito ampliado de saúde.

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

Nome e Assinatura do Participante

Bruna Teixeira Pinto
Pesquisadora responsável

Data: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 510/2016 do CNS)

TERAPIA OCUPACIONAL E A ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: EM BUSCA DE UM COMO FAZER ATRAVÉS DA RELAÇÃO ENTRE OCUPAÇÃO E ESPIRITUALIDADE

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Terapia Ocupacional e a abordagem da Dimensão Espiritual no Contexto Hospitalar: em busca de um como fazer através da relação entre ocupação e espiritualidade*”, orientado pela Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim.

O objetivo deste estudo é identificar como os cuidadores familiares de portadores de doenças crônicas não transmissíveis conceituam a espiritualidade, a ocupação significativa, bem como conhecer a relação entre ocupação, significado e espiritualidade.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ser cuidador de um familiar que apresenta uma doença crônica não transmissível. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento 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.

A coleta ocorrerá por meio de uma entrevista individual, com base em perguntas norteadoras sobre os temas espiritualidade, ocupação significativa e papel de cuidador familiar. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Será omitida qualquer informação que possa identificá-lo(a).

A coleta de informações não oferece risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, uma vez que algumas perguntas, ao abordarem sua opinião sobre o tema em pesquisa, podem evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou ocasionar um leve cansaço após a realização da entrevista. No entanto, as devidas providências e cautelas serão tomadas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano, como a escolha do melhor momento, local e condições para a realização da entrevista. O(a) senhor(a) também poderá optar pela suspensão imediata de sua participação, não acarretando nenhum tipo de despesa, incômodo ou qualquer inconveniente. O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira para participar desta pesquisa. O(a) senhor(a) será acolhido(a) pela pesquisadora caso se sinta, em qualquer momento desta pesquisa, prejudicado por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS nº 466/2012.

O (a) senhor(a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde constam o telefone e e-mail da pesquisadora responsável, a qual poderá esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Por se tratar de uma pesquisa científica, esse estudo propiciará a sistematização de informações sobre a relação entre ocupação, significado e espiritualidade para cuidadores familiares de um portador de doença crônica não transmissível, favorecendo a melhoria na qualidade do atendimento prestado, baseado na integralidade do cuidado e no conceito ampliado de saúde.

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

Nome e Assinatura do Participante

Bruna Teixeira Pinto
Pesquisadora responsável

Data: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE H: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ESTUDO 2

Versão 1, 22/09/2021, pag 1/2

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE	
Sexo: () Masculino () Feminino () Outro: _____	Data de nascimento:
Estado civil: 	
Profissão: 	
Portador de qual doença crônica não transmissível? () DPOC () ICC () Neoplasia () Diabetes () Parkinson () Enfisema pulmonar () Outra: _____	
Há quanto tempo é portador dessa doença crônica não transmissível? 	
Crença: 1) Você participa de alguma(s) prática(s) espiritual(is)? () sim () não 2) Se sim, de qual(is) prática(s) espiritual(is) você participa? _____ _____	

3) Com que frequência você participa dessa(s) prática(s) espiritual(is)?

Diariamente 1 vez por semana A cada 15 dias

1 vez por mês Quando sinto vontade Outra: _____

4) Você participa de alguma(s) prática(s) religiosa(s)? sim não

5) Se sim, de qual(is) prática(s) religiosa(s) você participa?

6) Com que frequência você participa dessa(s) prática(s) religiosa(s)?

Diariamente 1 vez por semana A cada 15 dias

1 vez por mês Quando sinto vontade Outra: _____

7) Você se identifica com alguma religião?

Católica Evangélica Espírita Kardecista Umbanda

Candomblé Budismo Xamanismo Nenhuma

Outra: _____

QUESTÕES NORTEADORAS - ENTREVISTA

1. Como é para você ser vivenciar esse adoecimento?
2. Como é para você vivenciar as internações decorrentes desse adoecimento?
3. O que ajuda você nesse processo (de enfrentamento do adoecimento e do período de internação)? O que te dá força?
4. O que é espiritualidade pra você?
5. Hoje a espiritualidade é presente na sua vida? De que forma?
6. Como você exerce a espiritualidade na sua casa?
7. Durante alguma internação, a sua espiritualidade já foi abordada por algum profissional? Se sim, qual profissional? De que forma? Como você se sentiu falando sobre esse tema?
8. Durante as internações, você exerce a sua espiritualidade dentro do ambiente hospitalar? De que forma?

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ESTUDO 2

Versão 3, 17/08/2020, pag 1/2

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro: _____	Data de nascimento:
Estado civil:	
Formação profissional:	
De quem está cuidando? <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> neto(a) <input type="checkbox"/> nora/genro <input type="checkbox"/> irmãos <input type="checkbox"/> outro: _____	
Cuida de um portador de qual doença crônica não transmissível?	
Há quanto tempo cuida desse familiar?	
Já cuidou de outros familiares antes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, qual(quais)?	

Tem uma religião? () sim () não Se sim, qual?

É praticante da religião? () sim () não

QUESTÕES NORTEADORAS - ENTREVISTA

1. Como é para você ser cuidador desse familiar?
2. Como é para você vivenciar as internações desse familiar?
3. O que ajuda você nesse processo (de adoecimento do familiar, de desempenho do papel de cuidador, de período de internação)? O que te dá força?
4. O que é espiritualidade pra você?
5. Hoje a espiritualidade é presente na sua vida? De que forma?
6. Como você exerce a espiritualidade na sua casa?
7. Durante alguma internação, a sua espiritualidade já foi abordada por algum profissional? Se sim, qual profissional? De que forma? Como você se sentiu falando sobre esse tema?
8. Durante as internações, você exerce a sua espiritualidade dentro do ambiente hospitalar? De que forma?