

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARTA GEORGINA OLIVEIRA DE GÓES

RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO – MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL

**Porto Alegre
2016**

MARTA GEORGINA OLIVEIRA DE GÓES

RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO - MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Góes, Marta Georgina Oliveira de
Ressignificando o adoecimento: modelo de cuidado
espiritual / Marta Georgina Oliveira de Góes. -- 2016.
140 f.

Orientadora: Maria da Graça Oliveira Crossetti.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Papel do profissional de enfermagem. 2.
Espiritualidade. 3. Cuidados de enfermagem. 4.
Modelos de enfermagem. 5. Equipe de enfermagem. I.
Crossetti, Maria da Graça Oliveira, orient. II. Título.

MARTA GEORGINA OLIVEIRA DE GOES

Ressignificando o Adoecimento – Modelo de Cuidado Espiritual.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

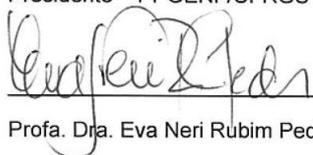
Aprovada em Porto Alegre, 16 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA



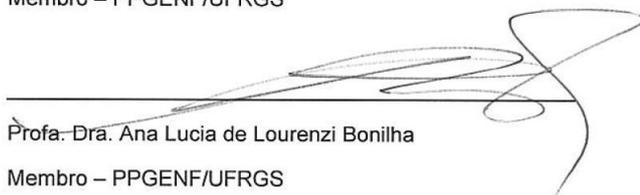
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Presidente – PPGENF/UFRGS



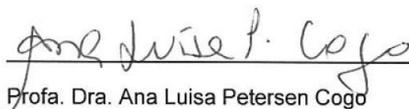
Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



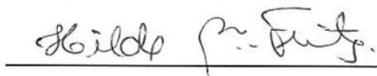
Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Hilda Maria Barbosa de Freitas

Membro – PPGENF/UFRGS



Nossa Senhora das Graças

”Assim como quereis que os homens vos façam, do mesmo modo lhes fazei vós também.”
(Lucas 6:31)



Sansã e Santa Bárbara

**Aos meus pais Gabriel (*in memoriam*) e Maria
por me acolherem nesta existência.**

**Aos meus filhos Marco Antonio e Ana Carolina
fonte constante de amor, força e inspiração.**

AGRADECIMENTOS

A **Deus Pai e a Grande Mãe** presentes no todo e em todos!

A **meus Mestres**, fiéis protetores no cumprimento da minha missão de vida.

A **Yansã**, minha mãe guerreira, senhora dos ventos que transmutou as feridas de Xapanã para diminuir seu sofrimento, sua proteção e coragem me fortalecem!

A **meu pai Gabriel** (*in memorian*), por todo o amor e de quem herdei a interminável curiosidade pelo conhecimento.

A **minha mãe Maria**, por ter me iniciado na espiritualidade, seus exemplos de determinação e força de vontade me guiam até hoje.

Ao **Marco Antonio**, meu querido filho enfermeiro, o seu amoroso cuidado com a irmã tem sido imprescindível para que esse projeto de vida pudesse ser concretizado, seu carinho e olhar objetivo são valiosos. Amor e orgulho se mesclam com a gratidão por me teres como exemplo.

A **Ana Carolina**, minha filha querida, pelo carinho, apoio e olhar amoroso para a minha face cansada, dizendo que eu sou linda. Perdoa-me pelas ausências nos últimos quatro anos, crescestes em meio aos artigos e livros. Sua determinação e vontade de aprender me inspiram, seu carinho e amor incondicional são bênçãos diárias.

Aos **meus irmãos Narciso e Heliana**, pelo apoio imprescindível nos cuidados com o pai e a mãe, me auxiliaram a cumprir com as minhas obrigações familiares, profissionais e acadêmicas.

A **minha orientadora, Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti**, exemplo de enfermeira e mestra, por ter aceitado o desafio desta tese e por todas as oportunidades ao longo da minha vida acadêmica e profissional, minha eterna gratidão por tudo e, principalmente, pela sua amizade.

Às professoras **Dra. Eva Neri Rubim Pedro, Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Dra. Ana Luisa Petersen Cogo e Dra. Hilda Maria Barbosa de Freitas** pela inestimável contribuição na construção desta tese.

Às professoras **Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva, Dra. Amália de Fátima Lucena e Dra. Isabel Cristina Echer** pelo incentivo ao longo do doutorado.

Às amigas **Neli Christmann e Márcia Flores de Casco**, irmãs de alma que tive a benção de encontrar nesta caminhada.

A **Ilza Helena Muricy Dias e Lenira Anselmo**, colegas que o longo tempo de convivência na Hemodinâmica transformou em amigas.

Às minhas colegas da unidade de Hemodinâmica do Hospital de Clínicas **Roselene Matte, Simone Santos, Juliana Krüger, Rose Lagemann, Dulce Guimarães, Paola Romero, Rejane Reich, Luana Jacoby** pelo estímulo e apoio constante para conclusão deste trabalho.

A todos os **técnicos de enfermagem** com quem tenho compartilhado estes 31 anos do fazer Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Aos colegas do Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Espiritualidade (NEISE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, parceiros dos ideais de agregar a espiritualidade no cuidado ao paciente e seus familiares.

A **Joneysa M. Silveira**, minha professora e terapeuta floral, sua generosidade, conhecimentos e habilidades na indicação dos florais foram fundamentais no processo do autoconhecimento e me fortaleceram no enfrentamento dos desafios.

Ao **Jaime E. Cannes**, meu mestre de Reiki, por me auxiliar a manter a serenidade em meio às turbulências.

As **enfermeiras e técnicas de enfermagem** por aceitarem compartilhar suas crenças e seu modo de fazer enfermagem, minha profunda gratidão!

Aos **pacientes e seus familiares**, minha gratidão pela oportunidade de fazer do cuidado parte significativa da minha vida nos últimos 35 anos, meu trabalho, minha missão!

A **Janaína Machado Ferreira** pelo cuidado ao longo de vários anos com a minha família.

A **Ana Dalpiaz** por seu auxílio valioso.

A **Rejane Raffo Klaes** pelo auxílio precioso na adequação às normas de redação.

RESUMO

GÓES, Marta Georgina Oliveira de. **Ressignificando o adoecimento**: modelo de cuidado espiritual. 2016. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Este estudo foi de natureza qualitativa e utilizou como referencial teórico o Interacionismo simbólico e metodológico a Teoria Fundamentada em Dados. Objetivou-se desenvolver um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento. O estudo foi realizado em Hospital Universitário do sul do Brasil, com seis enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem, com um ano ou mais de experiência na área de atuação e que estavam exercendo suas atividades. Para coleta dos dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada do tipo intensivo e um grupo de expertise, com quatro participantes para validação do Modelo, no período de março a maio de 2016. Os preceitos éticos foram seguidos e obtidas as assinaturas de todas as participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta e análise dos dados ocorreram de forma concomitante de acordo com o método. Na análise dos dados aplicaram-se as etapas da Teoria Fundamentada em Dados que prevê a codificação inicial, focalizada, axial e teórica. Os significados, pressupostos, ações e resultantes identificados a partir das experiências e vivências das participantes no cuidado aos pacientes e seus familiares foram descritas nas categorias **Situando a espiritualidade** no seu viver e as subcategorias “Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e complemento” e “Caminhando na espiritualidade”. **Exercitando a espiritualidade na vida** e as subcategorias “Praticando a espiritualidade ao seu modo”, “Percebendo a espiritualidade como uma opção de vida”, “Respeitando as crenças do outro”, “Encontrando a espiritualidade na maneira de agir e pensar”. **Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual** e as subcategorias “Advogando os direitos do paciente e em prol da profissão”, “Conversando sobre espiritualidade”, “Preparando a equipe de enfermagem”, “Cuidando no processo e morte e morrer”, “Limitando o cuidado pelas crenças pessoais, organizacionais e religiosas”. **Identificando as manifestações das necessidades espirituais** e as subcategorias “Identificando as formas de enfrentamento do sofrimento” e “Acontecendo: o momento de atender as necessidades”. **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado** e as subcategorias “Acolhendo os pacientes e familiares”, “Utilizando práticas integrativas”, “Rezando com o paciente”, “Confortando por meio da espiritualidade” e “Continuando a acreditar todos os dias”. A integração destas categorias possibilitou identificar a categoria central **Ressignificando o adoecimento** e o desenvolvimento do modelo de cuidado espiritual. Além disso, foi desenvolvida uma versão prática do modelo. O estudo originou uma compreensão e interpretação conceitual e prática sobre o tema espiritualidade na enfermagem e foram delineadas as conexões entre a equipe de enfermagem e os pacientes e familiares no momento do cuidado espiritual.

Palavras-chave: Papel do profissional de enfermagem. Espiritualidade. Cuidados de enfermagem. Modelos de enfermagem. Enfermagem. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

GÓES, Marta Georgina Oliveira de. **Resignifying the illness**: spiritual care model 2016. 140 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

This study was a qualitative approach, which used the theoretical symbolic interactionism and the Grounded Theory as methodological benchmarks. The purpose was to develop a spiritual model of care for patients and their relatives when confronting situations of illness. The study was conducted in a University Hospital in the south of Brazil and involved six nurses and four certified nurse practitioner, whose had one year or over of experience in the operating area and were performing their activities. In order to collect data, we used semi-structured interviews of intensive type and an expertise group, composed of four participants, with sights to validate the Model, during the period between March and May 2016. The ethical precepts were followed, and then we obtained the signatures of all participants in the Free and Informed Consent Form. The collection and analysis of data took place concomitantly in line with the method. When analyzing data, we applied the steps of the Grounded Theory, which foresees the initial, focused, axial and theoretical coding. The meanings, assumptions, actions and outcomes identified from the experiences and backgrounds of the participants in the care of patients and their relatives were described in the categories “**Situating the spirituality in your daily life**” and the subcategories “Recognizing the spirituality as a need and complement” and “Walking in the spirituality”. “**Exercising the spirituality in life**” and the subcategories “Practicing the spirituality in my own way”, “Perceiving the spirituality as a life choice”, “Respecting the beliefs of others”, Finding the spirituality in the way of acting and thinking”. “**Perceiving the role of the nursing team in the spiritual care**” and the subcategories “Advocating the patient’s rights and for the promotion of the profession”, “Talking about spirituality”, “Preparing the nursing team”, “Caring for in the process of death and dying”, “Limiting care through the personal, organizational and religious beliefs”. “**Identifying the manifestations of the spiritual needs**” and the subcategories “Identifying the ways of confronting the suffering” and “Happening: the time to meet the needs”. “**Placing the spirituality as a priority in the care**” and the subcategories “Welcoming the patients and relatives”, “Using integrative practices”, “Praying together with the patient”, “Comforting through the spirituality” and “Continuing to believe every day”. The integration of these categories has enabled us to identify the central category “**Resignifying the illness**”, as well as to develop a spiritual care model. In addition, we have developed a practical version of the model. The study gave rise to a practical and conceptual understanding and interpretation about the issue of spirituality in nursing, and then we drew up the connections between the nursing team and the patients and their relatives at the time of the spiritual care.

Keywords: Nurse’s role. Spirituality. Nursing care. Models, nursing. Nursing. Nursing, team.

RESUMEN

GÓES, Marta Georgina Oliveira de. **Replanteando la enfermedad**: modelo de atención espiritual. 2016. 140 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Este estudio fue con planteamiento cualitativo, utilizó el referencial teórico del Interaccionismo simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos como referencial metodológico. El objetivo era desarrollar un modelo de atención espiritual para los pacientes y sus familiares en el enfrentamiento de situaciones de enfermedad. El estudio fue efectuado en un Hospital Universitario del sur de Brasil e involucró a seis enfermeras y cuatro técnicas de enfermería, con un año o más de experiencia en el área de actuación y que estaban ejerciendo sus actividades. Para recopilar los datos, se utilizó una entrevista semiestructurada del tipo intensivo y un grupo de expertos, compuesto por cuatro participantes, para validar el Modelo, durante el período comprendido entre marzo y mayo de 2016. Los preceptos éticos fueron seguidos, y entonces obtuvimos las firmas de todas las participantes en el Término de Consentimiento Libre y Aclarado. La recopilación y el análisis de los datos ocurrieron concomitantemente en sintonía con el método. En el análisis de los datos, aplicamos las fases de la Teoría Fundamentada en los Datos, la cual prevé la codificación inicial, enfocada, axial y teórica. Los significados, los presupuestos, las acciones y los resultados identificados a partir de las experiencias y vivencias de las participantes en la atención a los pacientes y sus familiares fueron descritos en las categorías **“Situando la espiritualidad en su vivir”** y las subcategorías **“Reconociendo la espiritualidad como una necesidad y complemento”** y **“Caminando en la espiritualidad”**. **“Ejercitando la espiritualidad en la vida”** y las subcategorías **“Practicando la espiritualidad a su manera”**, **“Percibiendo la espiritualidad como una opción de vida”**, **“Respetando las creencias del otro”**, **“Encontrando la espiritualidad en manera de actuar y pensar”**. **“Percibiendo el rol del equipo de enfermería en la atención espiritual”** y las subcategorías **“Abogando por los derechos del paciente y en el apoyo a la profesión”**, **“Hablando sobre espiritualidad”**, **“Preparando el equipo de enfermería”**, **“Ofreciendo atención durante el proceso de la muerte y el morir”**, **“Limitando o cuidado a través de las creencias personales, organizacionales y religiosas”**. **“Identificando las manifestaciones de las necesidades espirituales”** y las subcategorías **“Identificando las formas de enfrentamiento del sufrimiento”** y **“Sucediendo: el momento de satisfacer las necesidades”**. **“Poniendo la espiritualidad como una prioridad en la atención”** y las subcategorías **“Acogiendo los pacientes y sus familiares”**, **“Utilizando prácticas integradoras”**, **“Rezando con el paciente”**, **“Confortando mediante la espiritualidad”** y **“Seguir creyendo todos los días”**. La integración de estas categorías ha permitido la identificación de la categoría central **“Replanteando la enfermedad”** y el desarrollo del modelo de atención espiritual. Además, se ha desarrollado una versión práctica del modelo. El estudio produjo una comprensión e interpretación conceptual y práctica acerca del tema de la espiritualidad en la enfermería, y entonces trazamos las conexiones entre el equipo de enfermería y los pacientes y sus familiares en el momento de la atención espiritual.

Palabras clave: Rol de la enfermera. Espiritualidad. Atención de enfermería, Modelos de enfermería. Enfermería. Equipo de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos.....	34
Figura 2 -	Esquema figurativo da codificação inicial.....	62
Figura 3 -	Esquema figurativo da codificação focalizada.....	63
Figura 4 -	Esquema figurativo dos componentes obtidos a partir da codificação axial.....	65
Figura 5 -	Modelo de cuidado espiritual preliminar.....	68
Figura 6 -	Situando a espiritualidade no seu viver.....	74
Figura 7 -	Exercitando a espiritualidade na vida.....	77
Figura 8 -	Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual.....	83
Figura 9 -	Identificando as manifestações das necessidades espirituais.....	90
Figura 10 -	Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado.....	93
Figura 11 -	Ressignificando o Adoecimento (RESA)- Modelo de cuidado Espiritual.....	113
Figura 12 -	Ressignificando o Adoecimento (RESA) – Modelo de Cuidado Espiritual Prático.....	115
Figura 13 -	Representação esquemática do caso.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Metaparadigmas e Conceito do Modelo de Cuidado Espiritual em Enfermagem.....	24
Quadro 2 -	Modelos de cuidado Espiritual.....	34
Quadro 3 -	Imagens de Raiz do Interacionismo Simbólico conforme Blumer (1969).....	44
Quadro 4 -	Perguntas da entrevista.....	59
Quadro 5 -	Memo.....	61
Quadro 6 -	Exemplo da codificação inicial.....	62
Quadro 7 -	Exemplo da codificação focalizada.....	64
Quadro 8 -	Exemplo da codificação axial.....	65
Quadro 9 -	Categoria: Tornando claro o Modelo, códigos e subcategorias.....	72
Quadro 10-	Categoria Situando a espiritualidade no seu viver, códigos e subcategorias.....	76
Quadro 11-	Categoria Exercitando a espiritualidade na vida, códigos e subcategorias.....	81
Quadro 12-	Categoria Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual, códigos e subcategorias.....	88
Quadro 13-	Categoria Identificando as manifestações das necessidades espirituais, códigos e subcategorias.....	92
Quadro 14-	Categoria Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado, códigos e subcategorias.....	98

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivo geral.....	26
1.2	Objetivos específicos.....	26
2	REVISÃO DA LITERATURA	28
2.1	Modelos de Cuidado Espiritual.....	32
3	REFERENCIAL TEÓRICO	43
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	50
5	PERCURSO METODOLÓGICO	56
5.1	Tipo do estudo.....	56
5.2	Local do estudo.....	56
5.3	Amostra do estudo.....	57
5.4	Coleta de dados.....	58
5.5	Aspectos éticos.....	59
5.6	Análise dos dados.....	61
5.6.1	Codificação inicial.....	61
5.6.2	Codificação focalizada.....	63
5.6.3	Codificação axial.....	64
5.6.4	Codificação teórica.....	65
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.1	Tornando claro o Modelo.....	69
6.1.2	Compreendendo o Modelo.....	69
6.2	Situando a espiritualidade no seu viver.....	73
6.2.1	Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e um complemento.....	74
6.2.2	Caminhando na espiritualidade.....	75
6.3	Exercitando a espiritualidade na vida.....	76
6.3.1	Praticando a espiritualidade ao seu modo.....	77
6.3.2	Percebendo a espiritualidade como uma opção de vida.....	78
6.3.3	Respeitando as crenças do outro.....	79
6.3.4	Encontrando a espiritualidade na maneira de agir e pensar.....	80
6.4	Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual.....	82

6.4.1	Advogando os direitos do paciente e em prol da profissão.....	83
6.4.2	Conversando sobre espiritualidade.....	84
6.4.3	Cuidando no processo de morte e morrer.....	84
6.4.4	Preparando a equipe de enfermagem.....	86
6.4.5	Limitando o cuidado pelas crenças pessoais, organizacionais e religiosas	87
6.5	Identificando as manifestações das necessidades espirituais.....	89
6.5.1	Identificando as formas de enfrentamento do sofrimento.....	90
6.5.2	Acontecendo: o momento de atender às necessidades espirituais.....	91
6.6	Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado.....	92
6.6.1	Acolhendo o paciente e seus familiares.....	93
6.6.2	Utilizando práticas integrativas.....	94
6.6.3	Rezando com o paciente.....	95
6.6.4	Confortando por meio da espiritualidade.....	96
6.6.5	Continuando a acreditar todos os dias.....	97
7	COMPREENDENDO O RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO (RESA) – MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL.....	101
8	COLOCANDO EM PRÁTICA O MODELO.....	114
8.1	Caso Comentado.....	116
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	124
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	132
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GRUPO DE EXPERTISE – PARTICIPANTES.....	133
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO DE EXPERTISE - OBSERVADOR.....	134
	APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	135
	APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	136
	APÊNDICE F - ROTEIRO PARA O GRUPO DE EXPERTISE.....	137
	ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	138



Fonte: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/>

Nossa Senhora dos Navegantes

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento suscita diferentes graus de mudanças físicas, emocionais, espirituais e sociais, o que pode desencadear momentos de aflição para os pacientes e seus familiares. A aflição pode ser definida como sentimentos de angústia, opressão, inquietação, preocupação e também por um estado espiritualmente agitado (HOUAISS, 2009). Estas manifestações acompanham os indivíduos quando se sentem ameaçados, principalmente por doenças graves, agudas ou não, ou na iminência da morte. Nestes momentos, percebe-se a importância de agregar ao cuidado de enfermagem a escuta ativa, o apoio emocional e espiritual que possibilitem aos pacientes e seus familiares mobilizarem formas de enfrentamento e, assim, lidar com os desafios impostos pelo adoecimento.

A finalidade do cuidar na enfermagem é “prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e morrer.” (WALDOW, p. 90, 2010).

No cuidado de enfermagem compassivo existe a intencionalidade no estar com o outro em seu sofrimento, caracterizado pela compaixão que é uma prática espiritual do ser humano na busca por identificar e aliviar as causas deste desconforto (Puchalski; Ferrel, 2010). Esta dimensão espiritual é relevante na atribuição de significado ao sofrimento e também como um modo de desenvolver a esperança frente às mudanças no ciclo vital e no estado de saúde (PINTO; RIBEIRO, 2010).

A habilidade da equipe de saúde em prover carinho e um cuidado compassivo pode auxiliar o paciente a encontrar consolo e força para mover-se da aflição provocada pelo adoecimento para a paz e aceitação (PUCHALSKI; FERREL, 2010).

Para melhor compreensão desta dimensão, é necessário explicitar os conceitos de espiritualidade e religiosidade, que enfatizam as diferentes concepções de espiritualidade na literatura de enfermagem. Os autores concluíram que a meta de alcançar uma definição universalmente aceita de espiritualidade parece ser impossível (MCSHERRY; CASH; ROSS; 2004).

Desse modo, neste estudo, utilizaremos o conceito de Puchalski e Ferrel (2010), segundo o qual a espiritualidade pode ser concebida como um aspecto da humanidade, revelando a forma como as pessoas expressam o significado e propósito de suas vidas, é o modo como experienciam o momento, as relações consigo mesmo e com o outro, a natureza e o que é significativo ou sagrado.

Conforme Boff (p. 218-219, 2012):

“[...] espiritualidade é toda a atividade que favorece a expansão da vida, a relação consciente, a comunhão aberta, a subjetividade profunda e a transcendência como modo de ser sempre disposto a novas experiências e novos conhecimentos”.

Enquanto a espiritualidade refere-se à dimensão interna do indivíduo, a religiosidade é uma forma externa de expressão da espiritualidade, pois abrange um sistema organizado de crenças, rituais e práticas com as quais o indivíduo se identifica e se relaciona com a divindade (PUCHALSKI; FERREL, 2010).

Para Boff (2012), a espiritualidade possui uma força curativa própria ao potencializar os elementos característicos da dimensão espiritual, como fomentar o amor à vida, abrir-se aos demais, estabelecer laços de fraternidade e solidariedade, ser capaz de perdoar, ter misericórdia. Além de promover a confiança nas energias regenerativas, que é um elemento fundamental no processo de vivenciar o adoecimento.

A religiosidade refere-se à organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência religiosa, relacionada com uma crença em caminhos de salvação explicitados pela organização institucional. Além disso, implica aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural, com ensinamentos, doutrinas, rituais, com necessidade de comportamentos adequados. As religiões com seus ritos, templos e monumentos têm o objetivo de levar os fiéis a uma vivência espiritual em seus moldes (BOFF, 2001).

A minha formação acadêmica aliada à experiência profissional atuando ao longo de 31 anos, em diferentes cenários de cuidado — e, atualmente, na unidade de Hemodinâmica e Leitos Cardiovasculares no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) — possibilitaram visualizar as diferentes manifestações das necessidades espirituais, prestar cuidado espiritual e perceber nas ações e atitudes da equipe de enfermagem os diferentes modos de ofertar este cuidado.

A prática clínica ao longo da minha trajetória profissional possibilitou vivenciar diversas situações, muitas das quais nos momentos em que os indivíduos se encontravam em risco de vida. Na unidade de hemodinâmica, frequentemente, os pacientes são admitidos para exames cujos resultados indicam a realização de novos procedimentos terapêuticos percutâneos e/ou cirúrgicos, com os riscos inerentes à sua complexidade e que podem levar ao agravamento dos problemas de saúde prévios, surgimento de outras morbidades ou até a morte e que requerem tomada de decisões pessoais e familiares programadas ou inesperadas.

Nestas situações, percebeu-se que os pacientes que melhor enfrentaram estes desafios foram aqueles que se valeram dos recursos da espiritualidade. Para potencializar esta característica do paciente, o enfermeiro necessita agregar ao conhecimento técnico-científico o atendimento das necessidades espirituais.

As necessidades espirituais de acordo com Narayanasamy (2010) podem apresentar-se como a expressão das últimas decisões, reflexão sobre o sentido da vida, planos para o futuro, ansiedade, negação, solidão, pedidos de apoio emocional, as relações familiares, necessidades religiosas, poder falar e obter garantias quanto ao não sofrer. Apesar de estas necessidades apresentarem aspectos psicológicos, o ser humano é um complexo biopsicossocioespiritual, no qual estes aspectos estão interligados e, frequentemente, suas manifestações estão relacionadas entre si. Assim, a equipe de enfermagem necessita estar capacitada para identificar e prover o cuidado espiritual em suas mais diversas manifestações.

McSherry (2008) descreve as necessidades espirituais como obter sentido e propósito, amor e relações harmoniosas, necessidade de perdão, esperança e força, criatividade, confiança, expressão das crenças em Deus ou divindades, manutenção das práticas espirituais e expressão das crenças e valores.

Para Lunn (2004), o cuidado espiritual é o conhecer e auxiliar as pessoas onde elas estão a ligar ou religar acontecimentos, práticas, ideias e princípios que são o núcleo de seu ser e estabelecendo uma conexão entre o profissional e essa pessoa.

Puchalski e Ferrel (2010) referem-se ao cuidado espiritual como as questões relacionadas aos últimos propósitos, valores, relações com um poder superior, transcendente ou sagrado.

O cuidado espiritual pode ser compreendido também como a promoção da conexão com os outros (família, amigos) e a comunidade (grupos religiosos), ou

ainda investigar sobre as necessidades espirituais, crenças religiosas ou de outra natureza (RYKKJE; ERIKSSON; RÅHOLM, 2011).

Neste estudo, se denominará cuidado espiritual ao cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes e seus familiares no atendimento das suas necessidades espirituais.

Goes, Crossetti e Victor (2014) e Sá (2009) destacaram que, entre os elementos a serem empregados no cuidado espiritual, encontram-se a escuta ativa, indução do relaxamento por meio da respiração consciente, visualização (GÉLINAS et al., 2012), toque terapêutico (ANDERSON et al., 2016) e a prece (AI et al., 2010).

A aplicação destes elementos pode ser demonstrada pelos relatos das experiências de Goes, Crossetti e Victor (2014) com pacientes atendidos em uma unidade de Hemodinâmica do sul do Brasil.

A primeira ocorreu com uma paciente adulta, com síndrome coronariana aguda, que havia sido admitida para angioplastia coronariana de urgência (realizada na vigência de um infarto agudo do miocárdio). Ansiosa e com medo na chegada à unidade, foi recebida pela enfermeira com tom de voz e atitude tranquilizadora, realizada escuta ativa e estimulada a realizar respiração profunda. Ao longo do procedimento, por meio do cuidado de enfermagem compassivo, a paciente permaneceu tranquila. Ao término da angioplastia, que ocorreu sem intercorrências, a paciente verbalizou que se sentiu melhor a partir do momento que foi recebida na unidade e percebeu a preocupação genuína com suas necessidades.

A segunda vivência foi com uma idosa, viúva, cadeirante, portadora de várias morbidades, histórico de perdas pessoais recentes. Veio chorosa para angioplastia coronariana eletiva, com medo do procedimento. Durante anamnese, informou ser católica, rezava para sentir-se melhor. Após escuta ativa dos medos relacionados aos procedimentos e sentimentos acerca das suas experiências de vida, foi realizada uma prece com a paciente, relaxamento, respiração profunda e visualização criativa. Após o procedimento, sem intercorrências, a paciente dizia-se aliviada e completou, tranquilamente, sua permanência na unidade.

O terceiro ocorreu com um jovem em recuperação de procedimento para dilatação das vias biliares, com dor intensa, apesar do forte esquema analgésico administrado sob a supervisão do anestesiológico. Enquanto aguardava reavaliação médica, foi aplicado toque terapêutico, estimulado a respirar profundamente, visualização criativa e escuta ativa. Após a realização destas práticas, o paciente

experimentou alívio parcial da dor, chorou e verbalizou questionamentos acerca da sua vida e dos significados da doença que o acometia há vários anos, dizendo-se aliviado por expressar e compartilhar sentimentos que até então não havia conseguido dividir com os familiares, mas que, neste dia, o pai que o acompanhava pôde ouvi-lo.

Estas experiências demonstraram que os momentos de aflição dos pacientes e seus familiares podem ocorrer em diferentes cenários de cuidado. Desse modo, demandam da equipe de enfermagem ações que agreguem a dimensão espiritual ao cuidado de enfermagem com a finalidade de atender as necessidades espirituais latentes e manifestas.

Apesar da importância da espiritualidade na prática clínica dos enfermeiros, ainda persistem os desafios na abordagem do assunto como: o receio de invadir a privacidade dos pacientes, falta de discussão e o desconhecimento sobre o tema no ambiente acadêmico e hospitalar, o qual só recentemente foi incorporado ao conteúdo curricular na área da saúde.

Em razão disso, enfermeiros, dentre eles a pesquisadora e outros profissionais da equipe de saúde criaram um núcleo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para discussão e aprofundamento dos conhecimentos relacionados aos diferentes aspectos da espiritualidade, intitulado Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Espiritualidade (NEISE).

Durante as oficinas e encontros realizados pelo NEISE, os depoimentos dos integrantes da equipe de saúde revelaram as lacunas no processo de cuidar das necessidades espirituais de pacientes e seus familiares. Estas foram descritas como despreparo ao abordar o tema, receio da discriminação pelas diferentes equipes envolvidas no cuidado aos pacientes, indisponibilidade de tempo e de local adequados, sobrecarga emocional acarretada por presenciar o sofrimento dos pacientes e familiares. Além dos integrantes da equipe de saúde, outros trabalhadores das áreas de apoio também manifestaram a necessidade de prepararem-se para o enfrentamento destes momentos de aflição, por julgarem relevante a abordagem do tema na vida pessoal e no contexto hospitalar (DEZORZI et al., 2013).

A atenção às necessidades espirituais dos pacientes vem também ao encontro das exigências advindas do processo de acreditação hospitalar, conduzido pela Joint Commission International (JCI) representada no Brasil pelo Consórcio

Brasileiro de Acreditação (CBA), cujas creditações na área da saúde certificam as instituições as quais demonstrarem possuir ações e processos que priorizem a segurança e qualidade no atendimento ao paciente, baseadas nas melhores práticas internacionais vigentes, e incluam entre os direitos do paciente e seus familiares o atendimento das suas necessidades religiosas e espirituais. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014)

A instituição cenário desta pesquisa foi acreditada recentemente pela JCI, mas ainda persistem os desafios para integrar o cuidado das necessidades espirituais, apesar das medidas implantadas tais como: cadastro das instituições religiosas para atendimento dos pacientes e seus familiares, a coleta dos dados na anamnese de enfermagem referentes à religião, crenças e valores, a preocupação em respeitar as crenças religiosas e suas manifestações. O que pressupõe a necessidade de um modelo de cuidado espiritual adequado a esta realidade de modo a orientar a prática de enfermagem.

Assim, desenvolver modelos de cuidado em consonância com as necessidades espirituais dos pacientes e seus familiares, equipe de enfermagem e a instituição são desafios que se impõem nos cenários de prática e pesquisa.

Rocha et al. (2008) descreveram o modelo como sendo uma representação esquemática de alguns aspectos da realidade e as teorias como reprodução de modelos de determinados fenômenos. Para Meleis (2010), o modelo de cuidado é um quadro conceitual que guia o cuidado de enfermagem.

Oldnall (1995) argumentou, em seu editorial, que teorias e modelos deveriam ser desenvolvidos por profissionais, em vez de teóricos, uma vez que são as pessoas diretamente envolvidas no cuidado podem ter uma maior compreensão do impacto do domínio espiritual sobre o indivíduo.

Ao se revisarem os estudos sobre modelos de cuidado espiritual, constatou-se que foram realizados por pesquisadores provenientes de contextos culturais e áreas de conhecimento diversos, aplicados em cenários de cuidado distintos. Ainda que alguns deles contassem com a participação de enfermeiros, não foram construídos a partir das vivências e experiências da equipe de enfermagem no cuidado espiritual em nosso meio (HOLLOWAY, 2011; ARAÚJO, 2011; CUMBIE; CARRON 2011; CALLAHAN, 2013).

Um modelo de cuidado em enfermagem possui uma estrutura de ideias e conceitos que pode apresentar variações nas suas concepções e expõe os seus pressupostos os quais devem estar inter-relacionados com os quatro metaparadigmas: enfermagem, meio ambiente/sociedade, ser humano, saúde/doença; além de outros conceitos que se sejam importantes e por pressupostos baseados em um referencial teórico-filosófico que tem por papel guiar o cuidado de enfermagem (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

Aos metaparadigmas foi acrescentado o conceito de cuidado espiritual considerando ser este o objeto do estudo, e foram assim definidos pela autora no Quadro1, apresentado a seguir.

Quadro1 - Metaparadigmas e Conceito do Modelo de Cuidado Espiritual em Enfermagem

Ser humano	Ser multidimensional (físico, emocional, social e espiritual) que é cuidado e cuida, com crenças e valores influenciados pela sua cultura. A família compõe o universo do ser humano que é cuidado. Ambos possuem expectativas e necessidades que buscam ser atendidas.
Saúde e doença	Processo vivido pelo ser humano e influenciado pelas dimensões físicas (biológicas), emocionais, econômicas, sociais, culturais, espirituais e pelo meio ambiente onde o indivíduo vive. Neste processo, alguns dos aspectos podem estar fragilizados em diferentes níveis: o ser doente no aspecto físico pode apresentar aspectos emocionais e espirituais saudáveis, os quais são fundamentais no processo de cuidado para restabelecer e/ou manter a saúde possível.
Ambiente	Local onde o ser humano vive ou permanece durante períodos da sua vida contempla aspectos físicos (meio urbano e rural) e não físicos (contexto social e histórico) e é influenciado pelos aspectos culturais do grupamento humano que nele se encontra. No contexto deste estudo, é o hospital, local com uma cultura própria permeada de regras de como ser e estar, para todos que atuam e permanecem neste meio. É onde o ser humano adentra em um momento de fragilidade física, emocional e espiritual juntamente com a sua família.
Enfermagem	É a profissão que possui em sua essência o cuidar do ser humano na sua integralidade da concepção até a morte, que tem conhecimentos técnicos, éticos e estéticos os quais fundamentam suas práticas. A enfermagem é exercida pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem de acordo com as suas crenças e valores e é influenciada pela cultura dos diferentes cenários de cuidado.
Cuidado espiritual	É o cuidado voltado a atender as necessidades espirituais nas suas diferentes manifestações, as quais podem ser identificadas e atendidas pela equipe de enfermagem sensível ao momento vivido pelo ser cuidado e sua família

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Desse modo, a realização deste estudo, cuja finalidade é desenvolver um modelo de cuidado espiritual, justifica-se também pela escassez de pesquisas no

Brasil, um estudo foi identificado e versava sobre um modelo de cuidado realizado com pacientes oncológicos (ARAÚJO, 2011).

Assim, fazem-se necessários modelos de cuidado que integrem o atendimento das necessidades espirituais às demais práticas assistenciais de enfermagem, adaptados à nossa cultura e que sejam desenvolvidos a partir das vivências e experiências dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A tese a ser defendida neste estudo baseia-se na convicção de que é possível desenvolver um modelo de cuidado espiritual originado das vivências e experiências dos enfermeiros e técnicos de enfermagem nos diferentes cenários de cuidado de um hospital.

Para tanto foram propostas as questões.

A consciência da espiritualidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem influencia no cuidado prestado?

Como acontece o cuidado espiritual?

Quais as estratégias que os enfermeiros e técnicos de enfermagem utilizam no cuidado espiritual dos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento?

1.1 Objetivo geral

Desenvolver um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar os pressupostos e significados acerca da espiritualidade presentes no cuidado de enfermagem prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento.
2. Analisar os significados e ações presentes no cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento.



Fonte: <http://www.shrineofsantijude.net/>

Nossa Senhora de Fátima

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão abordados, à luz da literatura, as bases para o cuidado espiritual, experiências dos enfermeiros em diferentes cenários de cuidado, além de estudos interdisciplinares.

As necessidades espirituais e a espiritualidade dizem respeito a um aspecto inerente à condição humana (NIXON; NARAYANASAMY; PENNY, 2013). Goes et al. (2011) destacaram que, embora sejam compreendidas como parte das necessidades humanas básicas foram relegadas a um plano secundário nas práticas de enfermagem, ao priorizar o atendimento dos aspectos biológicos no cuidar em consonância com o modelo de saúde vigente.

O modelo de formação na enfermagem foi influenciado pela predominância dos aspectos biomédicos nas práticas de saúde. Florence Nightingale concebeu a formação das enfermeiras em meio às concepções iluministas do conhecimento disseminadas na Inglaterra do século XIX (MEEHAN, 2012). Ela implantou a secularização na profissionalização dos cuidados de enfermagem, que persiste até os dias atuais, não obstante possuísse crenças religiosas e espirituais as quais foram determinantes em suas escolhas de vida e para a Enfermagem.

Florence possuía em sua formação pessoal uma forte base religiosa e de valores evidenciada no legado deixado por suas ideias e trabalho na construção da Enfermagem moderna. Em razão disso, sempre preconizou a necessidade de intervenções capazes de promover a qualidade dos cuidados prestados, preocupava-se com o ambiente externo ao paciente e com o seu interno, constituído pelo seu estado emocional e espiritual. Nightingale acreditava que o indivíduo teria habilidades e atributos para superar a condição de doença, em uma visão integral do ser humano (CARRARO, 1997).

Tomasso, Beltrame e Luchetti (2011), em estudo realizado com professores e acadêmicos de enfermagem, destacaram como principais barreiras: o medo de impor as suas crenças aos pacientes e o receio de ofendê-los, falta de conhecimento, treinamento e desconforto com o tema.

Nascimento et al. (2010), ao refletirem sobre os elementos que colocam em debate a formação do enfermeiro para o cuidado espiritual, destacou que o profissional deve identificar o melhor momento para intervir e oferecer à família formas criativas do cuidado espiritual. Embora o estudo não as tivesse nominado,

entre estas formas encontram-se a escuta ativa, o uso de terapias complementares como: meditação, visualização, Reiki entre outras.

Sá e Pereira (2007) identificaram na literatura de enfermagem no Brasil que a dimensão espiritual do cuidado surgiu inicialmente associada à terminalidade da vida e a velhice. Além disso, a retomada do estudo das questões ligadas à espiritualidade surgiu em um momento no qual a enfermagem se encontra com um corpo de conhecimentos próprios.

O estudo de Dezorzi e Crossetti (2008) foi realizado com enfermeiras e técnicas de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, no sul do Brasil, e abordou os aspectos relacionados à espiritualidade no cuidado de si. Entre os resultados, evidenciou-se a utilização de práticas cotidianas que ocorriam por meio da oração, do contato com a natureza, assim como pela conexão com uma Força Superior, o que propiciou tranquilidade, bem-estar e forças para a vida e o trabalho na terapia intensiva. O autoconhecimento revelou-se essencial para o cuidado de si e foi recomendado como estratégia para fortalecer o cuidado de si e do outro.

Penha (2008) identificou as evidências dos significados da dimensão espiritual na prática da equipe de enfermagem em unidade de tratamento intensivo (UTI) e, posteriormente, em sua tese de doutorado, realizou a análise do conceito de espiritualidade a partir da “Teoria do Cuidado Transpessoal”, de Jean Watson, e discutiu as relações entre as experiências (espirituais) da consciência à luz deste referencial (PENHA, 2012).

Santos (2014) concluiu que os enfermeiros na UTI, apesar da imersão em um ambiente tecnológico, buscam identificar as necessidades espirituais dos pacientes e estimulam a esperança e a fé ao fortalecer as suas crenças, manter a confiança do paciente, dos seus familiares e da equipe de enfermagem no alívio possível do sofrimento. Contudo, ainda persistem, para a maioria dos enfermeiros, os desafios ao incorporar a espiritualidade no cuidado de enfermagem.

Estes desafios inerentes aos ambientes de alta tecnologia — como as unidades de cuidados intensivos, bloco cirúrgico e unidades de diagnóstico e tratamento intervencionistas — requerem do profissional atenção e a realização de múltiplas atividades de alta complexidade, o que por vezes podem dificultar a abordagem necessária ao cuidado espiritual.

Além disso, o trabalho em outras áreas onde existe elevada demanda de trabalho físico e emocional exige da equipe de enfermagem uma constante

adaptação e capacidade de ressignificar o seu sofrimento, dos pacientes e de seus familiares. Ou seja, elaborar o sofrimento vivenciado de modo a estabelecer uma nova compreensão desta experiência que traga conforto emocional e espiritual.

No entanto, muitos profissionais ainda concentram a atenção nos aspectos técnicos de seu trabalho e ignoram os demais elementos do cuidado, na busca por protegerem-se do sofrimento vivido (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Sessana et al. (2010) em seu estudo recomendaram a realização de novas investigações com medidas culturalmente sensíveis e apropriadas que avaliem a espiritualidade para além da religiosidade com vistas ao cuidado holístico. Meeham (2012) sugeriu que o entrelaçamento atemporal de espiritualidade, enfermagem e saúde nos processos da vida humana oferece perspectivas do ressurgimento da inclusão dos cuidados espirituais nas práticas dos enfermeiros. Nixon, Narayanasamy e Penny (2013) destacaram que os enfermeiros, entre os profissionais de saúde, são aqueles que se encontram em uma posição privilegiada para abordar o tema, pela proximidade e constância do contato com os pacientes.

Vasconcelos (2006) acredita que o reconhecimento da própria espiritualidade pode proporcionar aos profissionais de saúde a possibilidade do autoconhecimento, conscientização das suas contradições e formas simbólicas de expressão, assim como do reconhecimento da sua capacidade de buscar forças e de ressignificar momentos de crise ou de aflição. Deste modo, a compreensão do outro se torna facilitada, e também o lidar com as emoções e dúvidas angustiantes dos pacientes e familiares em situações de crise, evitando os mecanismos de defesa que podem levar a uma postura de distanciamento emocional. O cuidar do espírito representa cuidar dos valores que dão rumo à nossa vida e das significações que geram esperança para além da nossa morte (BOFF, 2000).

Estudo conduzido por Silvino et al. (2010) identificaram os mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores de enfermagem como: choro em situações difíceis, distanciamento da família, abuso do álcool, afastamento e negação da dor do paciente, considerado o mecanismo mais comumente encontrado nas práticas de cuidado. No enfrentamento das situações difíceis, os profissionais fizeram uso do suporte oferecido pelos demais colegas, por vivenciarem as mesmas situações no ambiente de trabalho. A oração, as práticas religiosas, o lazer, o convívio com os amigos fora do ambiente do trabalho, o passeio e a música também foram citados como formas de enfrentamento.

As pesquisas relacionadas à importância dos aspectos da espiritualidade e religiosidade na saúde possuem diferentes abordagens. Em geral, os estudos americanos descrevem as necessidades espirituais em termos das relações entre religiosidade/espiritualidade cujo atendimento é comumente associado à presença de representantes religiosos como: capelão, padre, entre outros. Os estudos ingleses abordam os aspectos espirituais de forma ampla, como comuns à humanidade, e as necessidades espirituais definidas em termos de exploração do senso individual de significado e propósito, atitudes, crenças, ideias, valores relativos à vida e à morte. Ainda, com base em afirmações que a vida tem valor, estimulam as lembranças do passado, exploram a esperança e os medos em relação ao presente e futuro dos próprios pacientes, familiares e cuidadores; também, os motivos das questões relacionadas à vida, morte e sofrimento (HOLLOWAY et al., 2011).

Estudo conduzido por Panzini et al. (2011) com 404 indivíduos identificou que 76% dos entrevistados consideravam a religião como “bastante” ou “muitíssimo” importante em suas vidas; resposta similar (70,8%) foi apresentada para o item religião/espiritualidade no enfrentamento de situações estressantes.

A utilização de estratégias baseadas nos recursos de enfrentamento religioso-espiritual, conforme Panzini et al. (2008), podem ser benéficas no atendimento da saúde pelo alto impacto na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, outros estudos relacionaram a espiritualidade ao aumento na qualidade de vida (DUARTE; WANDERLEY, 2011; PANZINI et al., 2011; VECCHIA et al., 2005).

Naghi et al. (2012) afirmaram que pesquisas nas quais foram realizadas medidas que relacionaram a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca e religiosidade identificaram aumento do bem-estar espiritual naqueles indivíduos que assumiram um papel ativo na melhoria da sua vida espiritual.

Estudo conduzido com 177 pacientes duas semanas após a realização de cirurgia cardíaca evidenciou que a prece foi associada à redução do número de complicações pós-operatórias (Al et al., 2009).

Al et al. (2010) em outro estudo com 262 homens, no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificou que a prece ofereceu conforto para os indivíduos durante momentos de estresse. Os pacientes que utilizaram a prece como um mecanismo de enfrentamento relataram menos sintomas depressivos aos 30 meses de pós-operatório. E menores níveis de ansiedade foram associados a fatores como a religiosidade subjetiva, o possuir um companheiro(a) e a esperança.

Chang et al. (2010) identificou que as práticas propícias ao relaxamento — como meditação, *mindfulness*, oração, relaxamento muscular progressivo, visualização e yoga —, quando utilizadas com objetivo do gerenciamento de estresse, demonstraram serem benéficas para várias populações de pacientes, incluindo os cardiopatas. O tempo da realização destas práticas foi associado com a melhora nos resultados psicológicos, e a sensação de bem-estar espiritual advinda de tais práticas pode ter sido um mediador para esta relação.

De acordo com Naghi et al. (2012) a cronicidade e gravidade dos sintomas de insuficiência cardíaca contribuem para morbidade física e mental dos pacientes, sendo que a espiritualidade tem demonstrado influenciar os indivíduos nos múltiplos níveis psicossociais e manter intacto o potencial de enfrentamento nos estágios finais da doença. As evidências indicaram que pode propiciar redução do estresse, da depressão e do peso dos sintomas desta doença, além de propiciar maior adesão ao tratamento.

Estudo que correlacionou a religiosidade e espiritualidade com desfechos clínicos e laboratoriais na hipertensão arterial sistêmica demonstrou associação positiva entre redução do cortisol e diminuição da mortalidade (LUCHETTI et al., 2010).

Assim, incorporar estas evidências à prática clínica é um desafio que exige um olhar diferenciado e a busca de outros rumos para prestar o cuidado espiritual. Um destes caminhos pode ser a aplicação de modelos de cuidado.

2.1. Modelos de cuidado espiritual

O modelo não é uma teoria, onde podem ser previstos os resultados de cuidado. É isto, sim, uma estrutura de ideias que conduz a prática assistencial e deve reproduzi-la (WALL, 2008; FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

O modelo de cuidado de acordo com Teixeira e Nitschke (2008, p.188) é:

Uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática de enfermagem é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É uma forma de cuidado baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano.

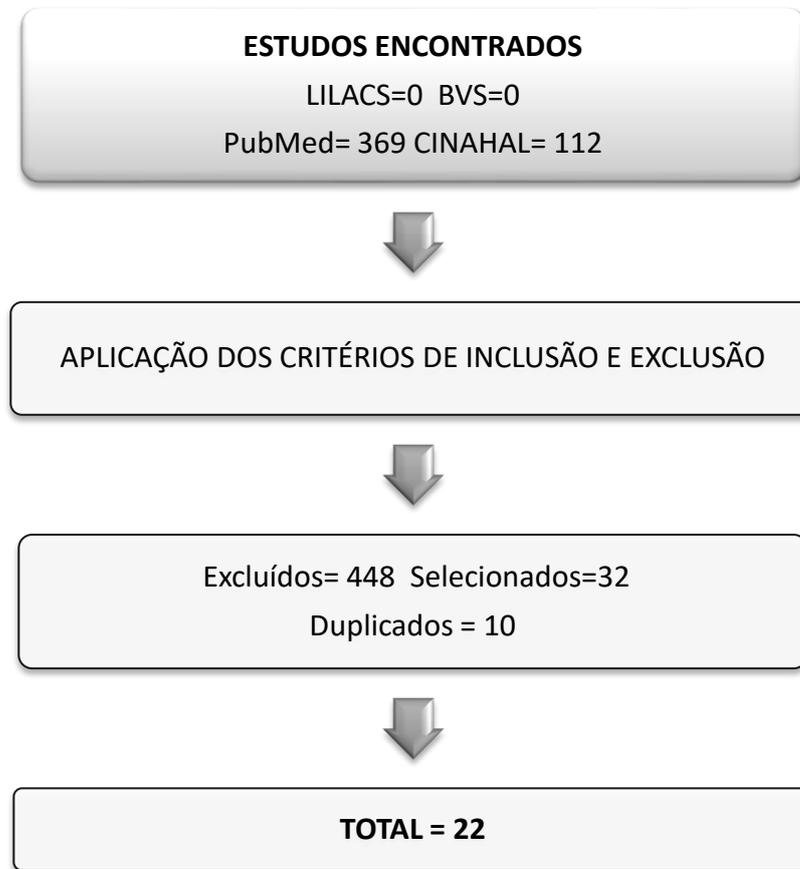
Os modelos de cuidado espiritual devem ser fundamentados na necessidade básica de honrar a dignidade e oferecer uma presença compassiva para todos os pacientes e familiares. Ainda, proporcionar a todos os profissionais de saúde padrões para provimento do cuidado compassivo e incluir o cuidado à família após a morte do paciente (PUCHALSKI; FERREL, 2010).

Segundo Holloway et al. (2011), os modelos de cuidado diferem dos modelos de cuidados integrados ao fim de vida, pois incorporam o cuidado espiritual como ponto de partida para o modelo. O objetivo do modelo de cuidado espiritual é habilitar os profissionais a interpretar e aplicarem as teorias e conceitos sobre espiritualidade, necessidades espirituais e angústia no cotidiano dos contextos de cuidado. Além disso, possuem os objetivos específicos de promover a conscientização, desenvolvimento e integração da espiritualidade na prática e tratar a espiritualidade como uma dimensão discreta, mas fundamental do cuidado. Modelos de cuidado espiritual podem, assim, tornarem-se modelos integrados para os cuidados no fim da vida e ainda serem utilizados por profissionais que atuem em outros contextos.

Para identificar modelos de cuidados, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); entre dezembro de 2015 e junho de 2016; com os termos “*spirituality*” and “*care model*” e “espiritualidade” and “modelo de cuidado”; sem delimitação do período da produção; nos idiomas inglês, português e espanhol; os artigos originais foram selecionados quando estavam disponíveis em sua íntegra ou com resumo.

Foram excluídas as produções cujos resumos não estavam disponíveis. O processo de seleção dos estudos se encontra na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 2, apresentam-se os modelos, tipo/objetivos e estrutura dos modelos de cuidado espiritual identificados nesta busca da literatura.

Quadro 2 - Modelos de Cuidado Espiritual

Modelos	Tipo/objetivo	Estrutura
ASSET Model from Actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing (NARAYANASAMI, 1999)	Competências Proporcionar uma visão ampliada dos aspectos da espiritualidade; avaliação, planejamento e implementação.	Possui como elementos estruturais: autoconhecimento, espiritualidade, dimensões espirituais da enfermagem.
Kellehear Theoretical Model of Spiritual Needs in Paliative Care (KELLEHEAR; 2000)	Conceitual. Auxiliar na elucidação das dimensões situacional, moral, biográfica, religiosa; e das necessidades espirituais.	Explora as implicações para o cuidado espiritual em cuidados paliativos.

Quadro 2: continuação

Modelos	Tipo/objetivo	Estrutura
Model for The Spiritual Nursing Care of Patients Experiencing Suffering (EMBLEM; PESUT, 2001)	Cuidado espiritual Obter fortalecimento de um significado transcendente durante o sofrimento.	Com cinco áreas de avaliação e intervenção: autoridade e orientação; experiência e emoções; comunidade; rituais e práticas; e vocação e consequências. Apresenta intervenções potenciais em cada área.
A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life (SULMASY, 2002)	Modelo para a pesquisa e prática que se expande no modelo biopsicossocial para incluir as questões espirituais dos pacientes no fim da vida.	Quatro domínios gerais para a mensuração da espiritualidade: religiosidade; apoio e <i>coping</i> religioso; bem-estar espiritual; e necessidades espirituais.
Model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice (MCSHERRY, 2006)	Organizacional. Garantir o cuidado espiritual dentro e entre organizações, fazendo referência específica à assistência espiritual dentro de todos os aspectos da prestação de serviços, assim legitimando a responsabilidade e o compromisso de todos nesta área.	Destaca os principais fatores que promovem a integração da espiritualidade e cuidado espiritual nas organizações.
Moral Authority, Vocational, Aesthetic, Social and Transcendent (Mor-VAST) Model (SKALLA; MCKOY, 2006)	Avaliação Proporcionar aos médicos uma ferramenta concisa, mas abrangente para avaliar os recursos internos disponíveis dos pacientes no enfrentamento do câncer	A espiritualidade do indivíduo é mapeada em cinco dimensões e no grau em que 1 é um ponto forte ou uma necessidade a ser avaliada.
An Interdisciplinary Spiritual Care Model- (PUCHALSKI; LUNSFORD; HARRIS; MILLER, 2006)	Interdisciplinar. Reconhecer e enfatizar a necessidade de todos os profissionais de saúde atuarem colaborativa e coletivamente ao lidar com as necessidades espirituais.	Centrado em quatro elementos: presença compassiva, cuidado centrado na relação, espiritualidade dos profissionais da saúde, cuidado espiritual extrínseco.
The 3H (Head, Heart, Hands) o BMSEST (Body, Mind, Spirit, Environment, Social, Transcendent) Models for spirituality in Multicultural Whole Persons (ANADARAJAH, 2008)	Cuidado dos pacientes, educação e pesquisa. Oportunizar um vocabulário comum para espiritualidade.	Quadro conceitual sobre o papel da espiritualidade em um contexto ampliado do cuidado à saúde.

Quadro 2: continuação

Modelos	Tipo/objetivo	Estrutura
Synergy Model for Patients Care- American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (SMITH, 2006)	Abordagem holística Identificar oito características dos enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar	O modelo de sinergia possui um componente vertical e outro horizontal, o vertical relaciona-se com Deus ou um poder superior e o horizontal é direcionado para as pessoas em suas relações uns com os outros e o mundo externo.
The Fellow Traveller Model for Spiritual Care- (HOLLOWAY; MOSS, 2010; HOLLOWAY, 2011)	Cuidado espiritual no serviço social.	Concebido para os quatro estágios de intervenções: conexão, escuta, compreensão e interpretação.
Crescent of Care nursing model (LOVERING, 2012)	Cuidado espiritual voltado para a satisfação das necessidades holísticas do paciente árabe muçulmano e sua família.	No centro do modelo, está o paciente e a família como foco de atenção, refletindo a importância cultural da família como unidade social primordial na cultura árabe. Em torno deste círculo interno, estão os componentes de cuidados espirituais: atenção psicossocial, cuidado cultural, cuidado interpessoal e cuidados clínicos.
T.R.U.S.T. Model for Inclusive Spiritual Care (BARSS, 2012)	Relacional Dirigido para os profissionais de saúde.	Possui cinco tópicos a serem avaliados: Tradições, Reconciliação, Entendimento Busca e Mentores resolução de assuntos relevantes.
Nursing Model for the Implementation of Spiritual Care by Advanced Practice Nurses (CARRON; CUMBIE, 2011)	. Auxiliar as enfermeiras de atenção primária a implementar e contribuir para diminuição de barreiras para o cuidado espiritual	Demonstrou a importância da relação inicial de enfermeiro-paciente e avaliação espiritual, em vez da imediata implementação de práticas religiosas específicas.
Model of Canadian Islamic Spiritual Care (ISGANDAROVA; O'CONNOR, 2012)	Cuidado espiritual para muçulmanos	Baseado no contexto canadense, centrado no indivíduo, sensível ao ambiente teológico e cultural, aberto a cuidadores espirituais muçulmanos do sexo feminino e com uma preocupação para com os jovens muçulmanos em risco.
Relational Model of Spiritually-Sensitive Hospice Care (CALLAHAN, 2013)	Relacional Avaliar e ajudar a atender as necessidades espirituais dos indivíduos no final da vida.	Concebido para cuidados paliativos espiritualmente sensíveis, os quais ocorrem por meio das relações do paciente com a equipe.

Quadro 2: conclusão

Modelos	Tipo/objetivo	Estrutura
Ars Moriendi Model (VERMANDERE et al., 2013)	Cuidados paliativos domiciliares	Desenvolvido por Carlo Leget em 2003, teólogo holandês, a partir de um texto clássico o “Ars Moriendi” (em tradução livre do latim “a arte de morrer”), e diferenciou-se por apresentar cinco áreas de tensão: autonomia, os limites das ações médicas, lidar com o sofrimento, a despedida, culpa e questões acerca das crenças e propósito.
Training and Sustaining Model for Spiritual Care in Long Term Care (LANDAU; BRAZIL; KAASALAINN; CRAWSHAW, 2013).	Prover cuidado espiritual a pacientes em cuidado domiciliar e que não disponham de atendimento por um capelão.	Possui três elementos interconectados: treinamentos dos voluntários, círculo do cuidado espiritual e comitê de suporte pastoral para o provimento de cuidado espiritual e religioso
Spiritual Care Model for Terminal Cancer Patients (CHENG et al., 2014)	Oferecer cuidado espiritual para pacientes terminais por câncer	Baseado no conceito de reparação e recuperação de relacionamentos que aborda a relação entre o <i>self</i> e Deus, os outros, o id e objetos. E instituiu quatro etapas estratégicas: compreensão, empatia, orientação e desenvolvimento.
Model of Spiritual Care for Older Hospitalized Asians (HODGE; SUN; WOLOSIN, 2014)	Avaliação Retratar a satisfação dos idosos asiáticos com os esforços da equipe hospitalar para atender as suas necessidades espirituais	Reflete na satisfação geral com todos os outros aspectos relacionados à assistência.
Model of Spirituality for Ageing Muslims (AHMAD; KHAN, 2015)	Cuidado espiritual para idosos muçulmanos	Desenvolvido para idosos muçulmanos, abrange quatro domínios do bem-estar espiritual: pessoal, público, ambiental e transcendental. Cada componente é descrito à luz dos versos do Alcorão.
Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint (ASADZANDI, 2015)	Cuidado espiritual em indivíduos que professam o islamismo Identificar as reações espirituais do paciente além dos aspectos físicos, mentais e sociais	Embasado em uma visão holística. O modelo busca criar um sentimento de esperança, segurança, paz, amor e energia para o paciente, de modo a fortalecê-lo para suas atividades diárias e seu papel social.
Compassion In Health Care: an Empirical Model (SINCLAIR et al., 2016)	Cuidado espiritual Compreender como os pacientes entendem e experienciam a compaixão	Provê os fundamentos empíricos para desenvolvimento de pesquisas, treinamento e cuidado clínico.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A análise dos estudos possibilitou identificar que, entre os 22 Modelos de cuidado identificados, sete destes foram direcionados para os cuidados no final da vida (CHENG et al., 2014, VERMANDERE et al., 2013, CALLAHAN, 2013, SKALLA; MCKOY, 2006, SULMASY, 2002, EMBLEN; PESUT, 2001, KELLEHEAR; 2000). Desenvolvidos por enfermeiros em sua maioria, para proporcionar cuidado espiritual aos pacientes em cuidados paliativos buscaram compreender a natureza das necessidades espirituais e utilizar intervenções com vistas ao cuidado espiritual.

Vermandere et al. (2013) ao utilizar o *Ars Moriendi Model* o classificou como um instrumento viável para se obter história espiritual de pacientes em cuidados paliativos, por ser possível utilizá-lo de modo intuitivo e espontâneo, de acordo com as necessidades do paciente.

Callahan (2013) em seu modelo caracterizou o cuidado espiritual como as intervenções para atender as necessidades dos pacientes as quais foram descritas como: reconhecimento da personalidade, toque terapêutico, estar presente, ouvir, cantar, ressignificação, afirmação, desvelamento, normalização e advocacia.

No Mor-VAST de Skalla e Mckoy (2006) as cinco dimensões que avaliam a espiritualidade do paciente são: Autoridade moral (relaciona-se com as experiências de culpa, ressentimento, perdão, compaixão, justiça, dever e obrigação), Vocacional (propósito da vida ou ainda chamado vocacional), Estética (relacionada a beleza e criatividade), Social (relações com a família, amigos, parentes e o suporte oferecido pela comunidade) e a Transcendente (domínio da consciência e experiência com o sagrado).

O modelo biopsicossocioespiritual de Sulmasy (2002) prevê coletar a história espiritual e biopsicossocial, desenvolvimento de intervenções com vistas a modificar o estado espiritual e biopsicossocial para melhorar a qualidade de vida do paciente incluindo ainda, a atenção aos familiares após a morte para superação do luto.

O modelo teórico de Kellehear (2000) caracterizou as dimensões espirituais das necessidades espirituais como: situacional (propósito, esperança, significado e afirmação, mutualidade, conectividade e presença social), moral e biográfica (paz e reconciliação, reunião com os outros, prece, análise moral e social, perdão, fechamento) e religiosa (reconciliação religiosa, perdão e suporte divino, sacramentos/ritos religiosos, visitas de representantes da religião, literatura religiosa, discussão sobre Deus, vida eterna, esperança) com vistas à compreensão da natureza das necessidades espirituais.

No modelo de Emblen e Pesut (2001) encontram-se intervenções com vistas à estimular a compreensão e aceitação das consequências da crise na saúde pessoal do paciente e familiar e otimizar a capacidade de atuar dentro das suas limitações.

Atender aos diferentes grupos cujas crenças e valores estão profundamente arraigados às suas crenças religiosas foi o objetivo de cinco estudos (ASADZANDI, 2015, AHMAD; KHAN, 2015, HODGE; SUN; WOLOSIN, 2014, ISGANDAROVA; O'CONNOR, 2012, LOVERING, 2012) predominantemente voltados para o cuidado espiritual, culturalmente sensível, dos idosos e de suas famílias. Estes estudos foram desenvolvidos baseados nos princípios religiosos específicos e com a premissa da importância fundamental que as religiões muçulmana e islâmica têm no direcionamento das vidas de seus praticantes.

Um dentre estes estudos foi voltado para a satisfação dos pacientes idosos asiáticos, considerando o número elevado de etnias que vivem nos Estados Unidos e destacou a importância da inclusão da família no cuidado a estes pacientes (HODGE; SUN; WOLOSIN, 2014).

O estudo de Isgandarova e O'Connor, (2012) foi direcionado para mulheres e a população jovem vulnerável muçulmana. Os autores acreditam que os prestadores de cuidados espirituais islâmicos precisa usar tanto o Alcorão e a Sunnah e o conceito holístico adequado às ciências sociais. Isto envolve o conhecimento científico coerente, baseado em evidências e servindo diversas populações muçulmanas, além de incluir uma abordagem para diferentes grupos religiosos.

Outros seis estudos voltaram-se para a formação dos profissionais de saúde no cuidado espiritual, além do ensino e pesquisa (SINCLAIR et al., 2016, BARSS, 2012, ANADARAJAH, 2008, PUCHALSKI et al., 2006, MCSHERRY, 2006, SMITH, 2006, NARAYANASAMI, 1999).

O Modelo de Compaixão proposto por Sinclair et al. (2016) foi realizado com pacientes em cuidados paliativos, no núcleo do modelo destaca-se a resposta virtuosa ao sofrimento a qual está presente em cada componente do modelo e a partir daí foi construída a definição de compaixão como uma resposta virtuosa que procura abordar o sofrimento e as necessidades de um indivíduo por meio da compreensão e atuação associadas.

O modelo apresentado por Barrs (2012) TRUST é o acrônimo para cinco tópicos: *Traditions* (tradições) - práticas religiosas ou espirituais, individuais ou

comunitárias, atuais ou passadas, *Reconciliation* (reconciliação) - assuntos não resolvidos e formas de resolução. *Understandings* (entendimento) - das crenças positivas e negativas acerca da saúde. *Searching* (busca) - pelo significado da existência ou questões relacionadas à fé. *Teachers* (mentores) - religiosos ou espirituais e/ou recursos internos e externos a serem mobilizados para auxiliar na resolução de assuntos relevantes.

O 3 H e BMSEST de Anadarajah (2008) oferecem opções terapêuticas para um cuidado espiritual com compaixão, presença, relação restaurativa e apresenta uma definição multidimensional aplicável entre culturas e sistema de crenças.

O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual parte da premissa que o cuidado espiritual deve ser interdisciplinar e todos os membros da equipe têm a responsabilidade de prover este cuidado, com destaque para o papel dos capelães (PUCHALSKI et al., 2006).

O Modelo de McSherry (2006) é suportado por dois eixos o vertical representando a natureza inata de espiritualidade. A direção da seta implica que os indivíduos terão diferentes níveis de consciência espiritual que variam de uma consciência espiritual subconsciente na base até uma profunda consciência. O eixo horizontal representa a instituição em relação ao contexto dos cuidados e as estruturas organizacionais que são responsáveis por fornecer e dar suporte ao cuidado espiritual. A direção da seta indica o grau de importância que uma organização pode associar à dimensão espiritual que varia, de pouca ou nenhuma importância à visão de grande importância. Quanto mais uma organização se move para a direita do eixo, mais deve efetuar melhorias na prestação de serviços nesta área, o que acabará por influenciar a qualidade da assistência espiritual em termos de estratégia, estrutura e processo.

O modelo proposto por Smith (2006), para enfermeiras que atuam nos cuidados aos pacientes críticos prioriza a relação enfermeiro-paciente, de modo a coincidir as competências dos enfermeiros com as necessidades dos pacientes. Postula que a correspondência das competências dos enfermeiros e as necessidades dos pacientes são mais do que a soma das partes e ensejam que ocorra uma sinergia. Possui quatro áreas relacionadas ao cuidado espiritual: resiliência dos pacientes, disponibilidade de recursos, características das enfermeiras e práticas de cuidados de enfermagem em resposta à diversidade.

No modelo ASSET de Narayanasami (1999) proposto para ser um modelo educacional na enfermagem (destaca as etapas de aprendizagem empírica com clareza em relação à importância do holismo) a fim de corrigir as inadequações na formação sobre espiritualidade.

O papel da enfermagem no cuidado espiritual é preponderante devido à sua permanência constante junto aos pacientes. Contudo, a complexidade do cuidado espiritual pressupõe a necessidade de outros profissionais, o que ficou evidente no Modelo de Landau; Brazil; Kaasalainn; Crawshaw (2013) voltado para os capelães considerados como um dos elementos da equipe de saúde em outros contextos, como o norte-americano e europeu.

Do mesmo modo, a formação dos trabalhadores do serviço social para o cuidado espiritual foi objetivo do Modelo de Holloway e Moss (2010) que preconizou em seus quatro estágios a relevância da consciência da espiritualidade (estar com a pessoa), sensibilidade espiritual (avaliação do significado dos assuntos espirituais para o indivíduo), da empatia espiritual (entendimento da própria espiritualidade) e a exploração espiritual (o cuidado espiritual oferecido por profissional treinado ou religioso).

O preparo dos enfermeiros para o cuidado espiritual aos pacientes na atenção primária foi o escopo do modelo desenvolvido por Carron e Cumbie (2011). O qual propõe reduzir as barreiras para o cuidado espiritual como: ansiedade, falta de orientação, ao reiterar a importância da relação inicial enfermeiro-paciente e avaliação espiritual e implementar práticas religiosas específicas o mais breve possível.

O cuidado espiritual com os pacientes em condições críticas foi desenvolvido por Smith (2006) baseado na premissa de que a relação enfermeiro-paciente, quando harmoniosa, enseja uma relação sinérgica que contribui para o cuidado.

Estes modelos foram desenvolvidos por professores de diversas áreas do conhecimento, com predominância da medicina e enfermagem; buscaram desenvolver habilidades e estimular práticas a partir de bases teóricas, em contextos culturais, econômicos e sociais diversos do Brasil.



Fonte <http://senhoradaconceicao.org/>

Nossa Senhora da Conceição

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo busca-se construir um modelo de cuidado espiritual a partir das experiências da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes e seus familiares no enfrentamento do adoecimento. Parte-se do pressuposto que é a partir da interação das enfermeiras e técnicas de enfermagem com o paciente e sua família que se constrói o momento de cuidado.

O Interacionismo simbólico de acordo com Jeon (2004) teve seus fundamentos estabelecidos no início dos anos 1900 por George Herbert Mead, um psicólogo social da escola sociológica de Chicago, o qual foi influenciado pelo pragmatismo americano, em particular os pontos de vista de John Dewey. Pragmáticos sustentam que os seres humanos passam por um processo contínuo de adaptação em um mundo social em constante mudança e que a existência de uma mente por meio da qual uma situação é contemplada torna viável este processo.

O Interacionismo simbólico avançou e recebeu este nome por outro sociólogo da Universidade de Chicago, Herbert Blumer, que seguiu o trabalho de Mead ao consolidar o Interacionismo simbólico como uma abordagem de pesquisa. A contribuição de Mead foi principalmente filosófica; enquanto que Blumer esteve mais preocupado com a interação simbólica como teoria sociológica e abordagem de pesquisa (JEON, 2004).

Para Blumer (1969), o Interacionismo simbólico não é uma doutrina filosófica, mas uma perspectiva da ciência social empírica, cuja abordagem foi projetada para produzir conhecimento comprovável da vida dos seres humanos em grupo e da conduta humana.

Segundo Pons (2010), a premissa básica do Interacionismo é a de que o comportamento humano está conectado com o significado dos objetos; este significado atribuído pelo sujeito vai depender da sua interação social com outros sujeitos no seu ambiente e, em última instância, dos significados aprendidos em sua experiência social interativa.

O Interacionismo simbólico, conforme Blumer (1969) está baseado em três premissas. Na primeira, o ser humano age em relação a tudo que compõe o mundo ao seu redor a partir dos significados por ele atribuídos. Na segunda premissa, estes significados são derivados, ou surgem da interação social que têm com os

semelhantes. Na terceira, os significados podem ser modificados pelo ser humano por meio de um processo interpretativo ao interagir com tudo o que compõe o mundo ao seu redor.

É fundamentado em ideias básicas ou “imagens de raiz”, como Blumer denominou, as quais descrevem a natureza dos seguintes temas: grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como um ator, ação humana e a interconexão das linhas de ação. Estas imagens demonstram o modo como o Interacionismo simbólico percebe a sociedade humana e sua conduta. A seguir cada uma destas “imagens de raiz” será descrita no Quadro 3, conforme a concepção de Blumer (1969).

Quadro 3 - “Imagens de raiz” do Interacionismo simbólico conforme Blumer (1969)

“Imagem de raiz”	Descrição
Natureza dos grupos humanos	Constituída por seres humanos envolvidos com ações, as quais consistem nas atividades que desempenham em suas vidas com outros indivíduos ou ainda ao representar grupos e organizações.
Natureza da interação social é constante	Pressupõe que a vida em grupo é caracterizada por interação entre os membros de um grupo e que a sociedade consiste na interação dos indivíduos uns com os outros. As atividades de um indivíduo ocorrem principalmente em resposta a outro indivíduo ou na relação com este. Para o Interacionismo simbólico, a importância desta interação reside no fato de que a interação social é um processo que forma o agir humano, em vez de ser apenas um meio ou uma definição para a expressão do comportamento humano ou torná-lo público.
Natureza dos objetos	Declara que os mundos dos seres humanos e seus grupos são compostos por objetos, os quais são o produto da interação simbólica. Por conveniência, foram classificados em três categorias: objetos físicos (cadeiras, árvores, entre outros), objetos sociais (estudantes, mãe, filho, padres, presidente, entre outros) e objetos abstratos (princípios morais, doutrinas filosóficas, entre outros). A natureza de um objeto ou de todos consiste no significado atribuído a ele por quem o possui.
Natureza do ser humano	Indica que o indivíduo, como um organismo atuante, não responde aos outros tão somente em um nível não simbólico, mas emite sinais para os outros e interpreta os sinais provenientes deles.
Natureza da ação humana	Indica a capacidade do indivíduo de fazer indicações para si mesmo e distingue a sua ação, significa que o ser humano confronta o mundo que ele deve interpretar para agir, ao invés de responder ao ambiente devido à sua organização. Ele deve enfrentar as situações para as quais é chamado a agir e determinar o significado das ações dos outros e traçar sua própria linha de ação, à luz de tal interpretação. A interconexão das linhas de ação demonstra que a vida humana em grupo consiste no ajuste ou articulação destas linhas de ação para cada indivíduo pelos membros do grupo.

Quadro 3: conclusão

Esta articulação constitui-se na "ação conjunta" — uma organização social de conduta das diferentes ações dos diversos participantes.

Fonte: Blumer (1969).

Além das premissas do Interacionismo simbólico citadas anteriormente, outros conceitos são indispensáveis para o entendimento deste referencial: o símbolo, o *self*, a mente, assumir o papel do outro, a ação humana, a linguagem, a interação social.

O “símbolo” é o conceito central do Interacionismo simbólico e, na sua omissão, a interação entre os seres humanos torna-se inviabilizada. Os símbolos são considerados como objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação (BLUMER, 1969; CARVALHO et al., 2007).

De acordo com Charon (2007), professor de sociologia americano, membro da *Society for the Study of Symbolic Interaction*, em seus estudos sobre o Interacionismo Simbólico ressaltou que os “símbolos” possuem significados e são objetos socialmente criados, utilizados intencionalmente, em diferentes situações e modos, compreendidos por quem os utiliza. Estes significados são obtidos a partir da interação e definidos pelo grupo, são convenções adotadas para referir-se a algo ou alguma coisa. Os símbolos são significativos para quem os utiliza, pois são compreendidos, explicados e aplicados em diferentes situações por quem os utiliza e são usados para representar e comunicar de forma intencional. Entre os tipos de símbolos, podemos citar: as palavras, objetos e atos. A linguagem expressa um sistema simbólico, descreve todos os outros objetos sociais e símbolos e aquilo que as pessoas apontam para o outro na interação social.

Segundo Mead (1967), Blumer (1969) e Carvalho et al. (2007), o *self* (o ego/o próprio indivíduo) significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si mesma. O *self* é um objeto social por meio do qual o indivíduo atua. O *self*, ambiente interno do indivíduo, é um objeto social que aparece na infância, surge por meio da interação das crianças com os pais, familiares e outros indivíduos, os outros significantes. Como crianças, as pessoas estão experimentando “o novo”, aproveitando das experiências ao longo do processo de desenvolvimento, o que faz que o *self* seja determinado e alterado constantemente.

O *self* apresenta duas fases: O “eu” e o “mim”. Na primeira fase, o “eu” refere ao indivíduo como sujeito, evidenciando as características, disposições

espontâneas, não socializadas. Já na segunda, o “mim” compreende o indivíduo como objeto social, surgido da interação. Nessa fase, o indivíduo socializado, se comunica, conduz, ajuíza, identifica, participa e avalia sua interação com os outros.

Já a “mente” é compreendida como um processo que se revela sempre que o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. Esse significado ou sentido é também social em sua origem. Da mesma forma, a mente também é social, tanto em sua procedência como em seu papel, porque ela nasce do processo social de comunicação (MEAD,1967; BLUMER, 1969; CARVALHO et al., 2007).

A “mente” é uma atividade que aponta ao *self*. Considera-se como processo mental a interação simbólica por meio da qual o indivíduo manuseia os símbolos e comunica-se ativamente com o seu *self*. É o indivíduo buscando fazer algo, atuar em seu mundo. A ação é apreendida como resposta da mente não a objetos, mas à simbolização que o indivíduo faz a si mesmo e aos outros na situação. Para alcançar a comunicação e interação simbólica, é necessário assumir o papel do outro, isto é, compreender os motivos e formas pelas quais as pessoas agem de determinado modo (MEAD,1967; BLUMER, 1969; CARVALHO et al., 2007).

Charon (2007) ressaltou que o “assumir o papel do outro” é responsável pelo sucesso de várias atividades, entre elas: ensinar, aprender, cooperar, o agir moral, amar, empatizar, auxiliar, proteger, controlar nossas próprias atitudes.

A “ação humana” refere-se a um processo constante e ativo de tomada de decisão pelos indivíduos ante a interação com o *self* e com os outros (MEAD,1967; BLUMER, 1969; CARVALHO et al., 2007).

A “linguagem” é um símbolo usual para expor e particularizar o que se observa, pensa ou imagina para aludir ou expor a realidade social. O uso da palavra nos diálogos e outros símbolos, como gestos, condutas, ações, têm significados sociais, que são estabelecidos nas interações e que apenas tornam-se símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza (MEAD,1967; BLUMER, 1969; CARVALHO et al., 2007)

A “interação social” é uma ação social mútua, que envolve comunicação simbólica e interpretação das ações dos outros, considerando, na organização das nossas ações, a opinião dos demais. Ela molda nossa identidade; resultante do processo de negociação na interação social, em síntese cria a sociedade (CHARON, 2007).

Além dos conceitos descritos acima, cabe destacar o de “família”, na perspectiva do Interacionismo Simbólico definido como: “um grupo de indivíduos em interação simbólica, chegando às situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, *self*, mente e habilidade para assumir papéis” (PETTENGILL; ANGELO, 2005, p. 983).

Para o Interacionismo simbólico, importa o significado, a interação social dinâmica entre os seres humanos mediados pela sociedade (BLUMER, 1967).

O Interacionismo simbólico na Teoria Fundamentada em Dados, segundo Charmaz (2009) é a resultante da influência da escola sociológica de Chicago sobre Anselm Strauss, a qual via os seres humanos como agentes ativos em suas vidas e ao seu redor, e que não são passivos às forças sociais que os envolvem. Strauss trouxe para TFD as noções da atividade humana, dos processos emergentes, das significações sociais e subjetivas, das técnicas e soluções de problemas e do estudo integral da ação.

Em sua perspectiva teórica o Interacionismo simbólico entende a sociedade, a realidade e o indivíduo como estabelecidos por meio da interação e, desse modo, conta com a linguagem e a comunicação. Esse ponto de vista pressupõe que a interação é fundamentalmente dinâmica e interpretativa, e trata-se de como as pessoas criam, representam e alteram os significados e ações (CHARMAZ, 2009).

A TFD construtivista em uma perspectiva interacionista simbólica proporciona uma imagem interpretativa do mundo estudado e não uma reprodução fiel deste (CHARMAZ, 2006, 2009).

Carvalho et al. (2007) salientaram que o Interacionismo simbólico nos estudos da Enfermagem permite o entendimento das respostas humanas por desvelar os significados que o indivíduo atribui às situações vividas, valoriza a linguagem do discurso, como também a linguagem simbólica a partir de seu comportamento. E, em razão disso foi escolhido como referencial teórico deste estudo.

O Interacionismo simbólico, segundo Lopes e Jorge (2005), se adequa como referencial teórico para a Enfermagem em razão do contínuo relacionamento humano, que acontece entre pacientes e a equipe de enfermagem, a qual necessita do processo interativo para o exercício pleno de seu ofício.

Além disso, a construção de um corpo de conhecimentos na enfermagem, segundo Dupas, Oliveira e Costa (1997), acontece a partir da sua prática ao observar as variações nesta realidade, possibilitando a compreensão da diversidade

de experiências do ser humano, o que é fundamental ao se buscar construir um modelo de cuidado espiritual a partir dos pressupostos, significados e ações atribuídos pelos membros da equipe de enfermagem.

Os significados, símbolos e ações do cuidado espiritual podem se apresentar de formas diferentes para as enfermeiros, técnicas de enfermagem e a pesquisadora.



Fonte: <http://www.igreja-catolica.com/>

Nossa Senhora Aparecida

Referencial Metodológico

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico que orientou este estudo foi o da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) proposta por Kathy Charmaz (2005, 2006, 2009).

A TFD foi desenvolvida por Barney G. Glaser e Anselm Strauss durante suas pesquisas sobre o processo de morte em hospitais e apresentada no livro *The Discovery of Grounded Theory*, em 1967, onde os autores articularam as estratégias e defenderam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (CHARMAZ, 2005, 2006, 2009).

A consolidação do método prosseguiu com os estudos de Strauss e Juliet Corbin (1990,1998) ao incluir a verificação, desenvolvimentos de novos procedimentos técnicos, em oposição aos métodos comparativos. Glaser (1992) permaneceu com o princípio inicial do método, a TFD enquanto método de descoberta, enfatizando que as categorias surgem a partir dos dados, baseada no empirismo objetivo e restrito em um processo social básico (CHARMAZ, 2005, 2006, 2009).

A TFD na enfermagem propicia um caminho para compreender o processo da interação social dentro da profissão e o modo como os enfermeiros gerenciam as situações que enfrentam na prática (ANDERSEN; INOUE; WALSH, 2012).

O referencial teórico na TFD é estabelecido após a análise dos dados obtidos pelo pesquisador e é utilizado para explicar a sua lógica e orientação conceitual, destacar as ideias principais, reconhecer os estudos anteriores, situar a nova teoria em relação a estes estudos e justificar o significado dos conceitos elaborados pelo pesquisador (CHARMAZ, 2006, 2009).

A teoria decorrente dos estudos que utilizam a TFD é denominada “teoria substantiva”, a qual é uma interpretação ou a explicação teórica de um problema delimitado em uma área específica do conhecimento (CHARMAZ, 2009).

A teoria substantiva deve incorporar conceitos que estão relacionados com o que está ocorrendo com participantes. Estes conceitos devem "trabalhar" para interpretar e explicar o que está acontecendo e oferecer uma previsão do que vai ocorrer (ANDERSEN; INOUE; WALSH, 2013).

Na teoria fundamentada, busca-se desvendar o que ocorre em ambientes de pesquisa nos quais o pesquisador está integrado, a forma que os participantes do

estudo explicam seus enunciados e ações, além de questionar a compreensão analítica que o pesquisador pode obter a partir destes dados, ou seja, a compreensão teórica da experiência estudada. Esta metodologia difere de outras por implicar o comprometimento do pesquisador na análise dos dados ao mesmo tempo em que realiza a coleta (CHARMAZ, 2009).

Tarozzi (2011) — professor italiano na área de educação, estudioso e pesquisador de métodos qualitativos de pesquisa, em especial a TFD — aborda com muita clareza os princípios deste referencial e, em razão disso, também foi utilizado como referência para corroborar alguns elementos da teoria fundamentada.

Entre as características descritas por este autor, incluem-se a exploração dos processos subjacentes aos fenômenos estudados com o objetivo de evidenciar quais processos sociais e psicológicos embasaram estes fenômenos; a simultaneidade da coleta e análise dos dados; utilização do método da comparação constante em todos os níveis de análise; a codificação a partir dos dados; elaboração de conceitos em vez de descrições; a realização de memos, diagramas, mapas conceituais, ilustrações para auxiliar na compreensão e construção das categorias.

A amostragem teórica, outra característica da TFD está ligada aos pressupostos analíticos e metodológicos da TFD; a amostra não se forma “*a priori*”, mas ao longo do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente para fortalecer e saturar as categorias (TAROZZI, 2011).

A amostra teórica é definida por Charmaz (2009) como um tipo da amostragem da TFD que visa a desenvolver as propriedades das suas categorias ou teorias em desenvolvimento, e não testar amostras em populações escolhidas aleatoriamente ou representativas de um grupo. Para Tarozzi (2011) consiste na identificação de indivíduos adotando as indicações derivadas do processo de análise dos dados; e também na necessidade contínua de aprofundamento direcionado, para se certificar de que o desenho da teoria e suas categorias se sustentam em contextos diferentes e, desse modo, determinar a necessidade ou não de incluir outros participantes.

Os dados tanto podem ser provenientes de entrevistas do tipo intensiva como de análise textual (CHARMAZ, 2009).

A codificação é o elo principal entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para justificar estes dados. Por meio da codificação,

define-se o que ocorre com os dados e inicia-se o processo para estabelecer-se o que isso significa. (CHARMAZ, 2009).

A TFD construtivista propõe as seguintes etapas de codificação: inicial, focalizada, axial e teórica.

Para Charmaz (2005, 2006, 2009), na codificação inicial, o pesquisador deve ater-se aos dados utilizando palavras que remetam a ação, por isso é recomendada a utilização do tempo verbal no gerúndio para reforçar a ideia de construção. Na codificação focalizada, utiliza-se os códigos anteriores mais importantes para analisar grande quantidade de dados e selecionar os que possibilitem uma compreensão analítica do fenômeno em estudo. Na codificação axial, são especificadas as propriedades e dimensões de uma categoria; nesta etapa, busca-se a compreensão das condições, circunstâncias ou situações que estruturam o fenômeno em estudo, ações e/ou respostas dos indivíduos frente às circunstâncias e às consequências que são os efeitos das ações ou interações identificadas anteriormente. Na codificação teórica, são especificadas as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas nas etapas anteriores.

A redação dos memorandos ou memos é uma etapa intermediária essencial entre a coleta de dados e a redação dos achados de pesquisa. Os memorandos registram suas impressões e conexões ao mesmo tempo em que sinalizam para direções a serem investigadas ou aprofundadas (CHARMAZ, 2009).

Charmaz (2005, 2006, 2009) destacou como critérios de avaliação da teoria fundamentada: credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade.

A credibilidade exige que o investigador ofereça evidências suficientes a fim de que, por meio das suas afirmações, possibilite a formação de uma opinião independente, para concordar ou não com as afirmações. Para tanto, podem ser utilizados *experts* na área de atuação pesquisada. Os dados devem ter alcance, número e profundidade necessários para sustentar as afirmações.

A originalidade pressupõe que os elementos de análise devem apresentar categorias originais, que propiciem novas interpretações conceituais dos dados e evidenciem a relevância social e teórica do trabalho.

No critério ressonância, as categorias devem retratar a totalidade da experiência estudada e explicitar significados explícitos, ocultos ou mutáveis. Os informantes devem reconhecer-se na história narrada e perceber como razoável a

explicação dada. Além disso, é importante destacar as conexões entre os indivíduos, grupos ou instituições, quando identificadas.

No critério utilidade, a análise deve oferecer interpretações que podem ser empregadas no cotidiano, e as categorias analíticas necessitam apresentar os processos genéricos e ter suas implicações tácitas ponderadas; além de estimular novas pesquisas e agregar conhecimento. Outros critérios também são destacados, como o mérito estético e o impacto analítico (CHARMAZ, 2005, 2009).

Neste estudo, a abordagem utilizada será construtivista, que enfatiza o fenômeno estudado em vez do método, adota uma postura reflexiva sobre os modos de conhecer e representar este fenômeno, além de explorar e interpretar as afirmações ou atitudes implícitas. As teorias fundamentadas são construídas por meio do envolvimento e das nossas interações com os indivíduos, perspectivas e as práticas de pesquisa anteriores e atuais (CHARMAZ, 2006, 2009).

O construtivismo é um movimento que se consolidou no início do século XX e possui as suas raízes na filosofia. Os construtivistas mais proeminentes foram Piaget, Wallon e Vygotsky, e se baseavam na premissa de que a construção do conhecimento acontece sob o prisma da interação do sujeito-objeto com o meio ambiente. Apesar de esses estudiosos possuírem visões de mundo e posições teóricas diferentes, eles defenderam o valor do social na construção do processo do conhecimento (THOFERHN; LEOPARDI, 2006).

O construtivismo no contexto da TFD pressupõe que as pessoas, até mesmo os pesquisadores, constroem as realidades das quais compartilham. A averiguação construtivista parte da experiência e indaga como os participantes a criaram; desse modo, ambos (pesquisador e participante) interpretam os significados e ações desta experiência. Os pesquisadores na teoria fundamentada construtivista têm como pressuposto que tanto os dados quanto as análises caracterizam-se como construções sociais. Assim toda a análise está situada no tempo, espaço, cultura e condição experienciada (Charmaz 2006, 2009).

Siqueira e Herdman (2007) afirmaram que a abordagem construtivista como método de pesquisa possibilita a geração de conhecimentos, acredita no potencial do ser humano, atribuindo-lhe a capacidade de apreciação das situações cotidianas e a seleção das melhores alternativas na busca pela solução dos problemas em foco. Além disso, este método apresenta-se como um processo ativo de aprendizagem, faz uso da discussão como instrumento; a reflexão dialógica é capaz

de transformar o modelo mental dos indivíduos e construir novos modos de ponderar e atuar. É um processo construído com um esforço inventivo que pode fortalecer o relacionamento entre e dentro dos grupos e incentivar a remodelação da estrutura institucional.



Fonte <https://historiadenossasenhora.files.wordpress.com>

Nossa Senhora da Glória

Percurso Metodológico

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo foi de natureza qualitativa, utilizou como referencial teórico o Interacionismo simbólico (BLUMER, 1969) e metodológico a Teoria Fundamentada em Dados, segundo Charmaz (2009) para construção de um modelo de cuidado.

O método qualitativo inicia com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas e/ou teóricas que cientificam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um determinado fenômeno. A análise dos dados implica na utilização de raciocínio complexo que é tanto indutivo como dedutivo (CRESWELL, 2014).

O cenário das investigações qualitativas é “o universo e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.” (MINAYO, p. 24, 2010)

A pesquisa qualitativa, em consonância com o tema desta pesquisa, busca os significados das vivências dos indivíduos, compreender suas crenças e valores e, de que modo estas afetam suas vidas em seu meio social (Minayo, 2010).

O modelo teórico, segundo Bittencourt (p.164, 2011,) *pode servir de referência para observação, estudo ou análise de um determinado fenômeno.*

Um modelo de cuidado, à semelhança do teórico, é constituído por uma estrutura de ideias e conceitos, previamente concebidos, os quais variam em suas concepções e na maneira como são descritos os conceitos centrais (NÓBREGA; BARROS, 2001). Assim, os denominados conceitos centrais ou metaparadigmas foram estabelecidos pela pesquisadora, anteriormente.

Os elementos conceituais do modelo de cuidado espiritual foram identificados a partir da análise das falas das participantes do estudo.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de atenção múltipla, voltado à educação, pesquisa e assistência à saúde. O desenvolvimento da pesquisa deu-se com a participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI), Internação Pediátrica (UIP), Bloco

Cirúrgico (UBC), Cuidados Paliativos (UCP), Oncologia Pediátrica (IOP), Internação Clínica (IC) e Hemodinâmica.

Nestas unidades, os pacientes e familiares se deparam com diferentes graus de aflição. No CTI, a gravidade dos pacientes seu sofrimento físico, emocional e espiritual são desafios constantes para os familiares e para as equipes envolvidas no cuidado. Nas internações pediátrica e clínica, o adoecimento crônico ou agudamente diagnosticado gera dor e angústia aos pacientes e familiares. Nas unidades como Bloco Cirúrgico e Hemodinâmica, a incerteza de um diagnóstico ou da sobrevivência a um procedimento de alta complexidade também são fatores de sofrimento. Nas unidades de Cuidados Paliativos e Oncologia Pediátrica, a elaboração da finitude é um desafio diário. A escolha por estes locais contemplou uma pluralidade nos cenários e práticas de cuidados de enfermagem.

5.3 Amostra do estudo

A amostra foi composta por seis enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem, as quais foram selecionadas por conveniência e aceitaram o convite da pesquisadora. Estas participantes tinham um ano ou mais de atuação na instituição e foram excluídas aquelas que não estavam atuando na assistência direta aos pacientes no período da pesquisa.

As participantes do estudo tinham entre 36 a 60 anos de idade. Entre as enfermeiras, o período de exercício profissional variou de 13 a 40 anos; e de atuação na instituição, de nove a 38 anos. As técnicas de enfermagem estão exercendo a profissão entre 18 e 35 anos e atuando na instituição entre sete e 16 anos.

As participantes do grupo de expertise foram convidadas por serem membros do NEISE, possuírem experiência no atendimento das necessidades espirituais dos pacientes em diferentes cenários de cuidado na instituição da pesquisa e não participarem na coleta de dados inicial. Assim, duas enfermeiras e uma assistente administrativa realizaram a validação do modelo de cuidado espiritual preliminar, conforme preconizado pelo referencial (CHARMAZ, 2005, 2009) e houve a inclusão de uma observadora — neste caso, uma enfermeira assistencial da instituição do estudo — que acompanhou a pesquisadora.

5.4 Coleta de dados

Charmaz (2005, 2006, 2009) afirma que, na TFD, a coleta e análise dos dados ocorrem de forma concomitante. O período de coleta ocorreu de março a maio de 2016.

As entrevistas com duas participantes foram realizadas em salas nos seus locais de atuação no campo de estudo. Uma técnica de enfermagem foi entrevistada no anfiteatro do Serviço de Cardiologia do HCPA; as demais seis enfermeiras, em uma sala cedida pela Associação dos Enfermeiros da instituição; e uma técnica de enfermagem preferiu ser entrevistada na residência da pesquisadora. O encontro com o grupo de expertise ocorreu no anfiteatro do Serviço de Cardiologia.

Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, nas quais constavam os dados de identificação: idade, tempo de exercício da profissão e de atuação na instituição do estudo.

A entrevista foi do tipo intensivo, caracterizado por perguntas amplas e abertas, não valorativas, na qual o entrevistador manifesta o interesse em aprofundar determinado tema (APÊNDICE D).

De acordo com Charmaz (2006, 2009), este tipo de entrevista possibilita examinar de forma minuciosa detalhes do discurso de um entrevistado com experiências relevantes.

No Quadro 4, a seguir, são apresentadas as perguntas que compuseram a entrevista.

Quadro 4 - Perguntas da entrevista

Como você percebe a espiritualidade?

Como exercita a espiritualidade na vida pessoal?

Na sua concepção a sua espiritualidade influencia no cuidado do outro?

Como a espiritualidade pode fazer parte do cuidado? Você é capaz de citar alguns exemplos?

Em que momentos do cuidado você percebe a necessidade do paciente ou sua família externar a sua espiritualidade?

Como o paciente e sua família costumam solicitar o cuidado espiritual?

Existem impedimentos para agregar a espiritualidade ao cuidado?

Qual a natureza destes impedimentos? É possível contorná-los? De que forma?

O que é necessário para agregar o cuidado espiritual aos pacientes e familiares?

Como você percebe a reação dos pacientes e/ou familiares ao receber o cuidado espiritual?

Como você percebe o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual no hospital?

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na segunda etapa após a construção do Modelo de cuidado preliminar, elaborado a partir da análise das entrevistas foi realizado uma reunião com um grupo de expertise, para validação do modelo.

Após cada transcrição das entrevistas, estas foram inseridas no software de análise qualitativa *Qualitative Solutions Research NVivo* 11.0 e analisadas simultaneamente à coleta das demais entrevistas. Procedeu-se do mesmo modo com a gravação do grupo de expertise.

5.5 Aspectos éticos

Os fundamentos bioéticos foram mantidos e cumpridas as diretrizes e normas regulamentadoras para projetos de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o Certificado de Avaliação e Aprovação Ética (CAAE) 50794215.6.0000.5347 com o parecer de número 1.349.053 (ANEXO A). O projeto obteve autorização da Chefia de

Enfermagem responsável pela instituição que foi campo de estudo bem como das Chefias de Serviço das unidades onde trabalham as participantes do estudo.

As enfermeiras e técnicas de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo que a primeira via permaneceu com o participante e a segunda com a pesquisadora. A assinatura do termo foi obtida na primeira entrevista, para, então, dar início à coleta de dados. A participante foi orientada sobre os objetivos do estudo, técnica de coleta de dados e procedimentos do estudo e teve suas dúvidas respondidas. Antes da realização do encontro com o grupo de expertise, foram expostos os objetivos do estudo e da reunião e após os membros do NEISE assinaram o TCLE (APÊNDICE B), assim como a enfermeira que atuou na função de observadora (APÊNDICE C).

O TCLE assegurou o direito ao participante em retirar o consentimento a qualquer momento ou recusar-se em participar do estudo, sem que ocorra nenhum prejuízo ao seu trabalho na instituição; assegurou a confidencialidade das informações, bem como o anonimato dos enfermeiros e técnicos de enfermagem; e, embora o estudo não tenha previsão de riscos, contudo poderia desencadear sentimentos de desconforto ou constrangimento no participante, o que não ocorreu no decorrer da coleta dos dados. A proposta envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas e a realização de um encontro com o grupo de expertise, ambas as abordagens foram gravadas.

Os participantes foram identificados por número, nome e sobrenome em um caderno separado que ficará em posse da pesquisadora coordenadora da pesquisa. Nos textos codificados e no banco de dados digitado, cada enfermeiro foi identificado apenas pelo número de ordem de realização da entrevista e codinome.

Os codinomes das participantes foram escolhidos pela pesquisadora em razão da natureza do estudo e dos relatos, nos quais reiteraram, por diversas vezes, em suas trajetórias de vida, a busca da espiritualidade por diferentes caminhos, mas com um ponto inicial em comum, que foi o catolicismo. Assim, foram eleitas algumas das denominações de uma das figuras centrais no catolicismo, que é Maria, mãe de Jesus, denominada por diferentes nomes de acordo com o local e as circunstâncias em que foi venerada.

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos pela pesquisadora, sendo destruídos em seguida. Os resultados parciais e finais serão divulgados em publicações e eventos científicos.

5.6 Análise dos dados

A elaboração das etapas de codificação — inicial, focalizada, axial e teórica (APÊNDICE E) — é descrito a seguir.

Ao longo das fases, foram construídos os memorandos ou memos similares aos diários de campo (Charmaz, 2009) os quais detiveram os pensamentos da pesquisadora, registraram as comparações e conexões realizadas, e indicaram as questões e as direções a serem seguidas. No Quadro 5, apresenta-se um exemplo de memo.

Quadro 5 - Memo

A participante referiu, ao término da entrevista, que tomar parte de uma pesquisa desta natureza a fez refletir sobre a sua espiritualidade. A cada entrevista, chamou a atenção o impacto que os questionamentos têm provocado nos entrevistados. Fiquei surpresa com os relatos das práticas e me emocionei com a riqueza das experiências das participantes. A proximidade da pesquisadora com as participantes propiciou a confiança necessária para que ficassem à vontade no detalhamento de suas práticas e contribuíssem na construção da pesquisa e, assim, passassem a ter subsídios para atuarem na prática.

Fonte: Dados pesquisa, 2016

5.6.1 Codificação inicial

A codificação inicial ocorreu após a transcrição de cada entrevista e realização de uma leitura detalhada dos dados das entrevistas, os quais foram fragmentados nas palavras, linhas ou segmentos de dados. À medida que as entrevistas foram transcritas e inseridas no software *NVivo* 11.0, foram elaboradas as classificações iniciais ou “nós” (na linguagem do software) utilizando os “códigos *in vivo*” ou seja, as mesmas palavras das entrevistadas para nomear as subcategorias (Figura 2).

Figura 2 - Esquema figurativo da codificação inicial



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 6, exemplifica-se a codificação inicial realizada neste estudo.

Quadro 6 - Exemplo da Codificação Inicial

Entrevista	Codificação inicial
<p>Q. Como você percebe a espiritualidade?</p> <p>P3. São as coisas que eu acredito, <u>que nos fazem bem</u>, que a gente confia e leva em consideração para a nossa vida, não tem só a relação de estar ligado a uma religião específica, <u>mas coisas que nos fazem bem</u>, penso que seja isso, coisas por exemplo, <u>participar de alguma atividade que nos traga esse bem-estar</u>, um grupo de oração, fazer um mantra, ouvir uma música que tranquilize, pensamentos positivos e <u>tentar trazer isso para a vida</u> para o dia a dia, <u>tentar harmonizar</u>, tranquilizar, não entrar numa rotina muito estressante, <u>ajuda a equilibrar</u> e tentar lidar melhor com as coisas</p>	<p>Acreditando que são as coisas que façam bem</p> <p>Participando de alguma atividade que traga bem estar</p> <p>Trazendo isso para vida</p> <p>Tentando se harmonizar</p> <p>Ajudando a equilibrar</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Legenda: **Q:** questão **P3:** participante 3

5.6.2 Codificação focalizada

A codificação focalizada utilizou os códigos iniciais ou subcategorias iniciais mais significativas ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar os dados em subcategorias e categorias iniciais (Figura 3).

Figura 3 - Esquema figurativo da codificação focalizada



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 7, exemplifica-se a codificação focalizada realizada neste estudo.

Quadro 7 - Exemplo da Codificação focalizada

Códigos	Subcategoria
<p>Acredito que tem de ser a primeira necessidade a espiritualidade, você trabalha com o corpo, a mente e a alma.</p> <p>Ajudar uma pessoa, seres uma pessoa que saber ouvir, saber escutar, saber entender, acreditares num ser superior, que é Deus.</p> <p>Participar de alguma atividade que nos traga esse bem-estar, ou um grupo de oração ou fazer um mantra, ouvir uma música que tranquilize, pensamentos positivos e tentar trazer isso para a vida.</p>	<p>Acreditando que é a primeira necessidade</p> <p>Ajudando a ser uma pessoa melhor</p> <p>Acreditando no que faz bem</p>
<p>Percebo como um complemento, um lado da gente que complementa essa estada terrena daqui, mas eu penso que faz parte.</p> <p>Espiritualidade tem a ver com a essência de cada um, por mais que a gente faça parte de grupo, ou tenha características masculinas e femininas né, profissional.</p>	<p>Percebendo com um complemento</p> <p>Sendo a essência do ser humano</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.6.3 Codificação axial

A codificação axial especificou as propriedades e as dimensões de uma categoria, ao relacionar as categorias com as subcategorias e reagrupar os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. Nessa categorização, foram obtidos os três componentes: condições, circunstâncias ou situações, que estão na Figura 4.

Figura 4 - Esquema figurativo dos componentes obtidos a partir da codificação axial



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 8, exemplifica-se a codificação axial realizada no estudo.

Quadro 8 - Exemplo da Codificação axial

Subcategorias	Categoria	Componente
Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e um complemento	Situando a espiritualidade no seu viver	Pressupostos
Caminhando na espiritualidade		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.6.4 Codificação Teórica

A codificação teórica pontuou as categorias que emergiram da codificação focalizada e axial, estabeleceu as relações entre as mesmas e possibilitou identificar a categoria central, logo após foi integrada e delimitada a abrangência da teoria, a qual, neste estudo, correspondeu ao “**Modelo de Cuidado Espiritual**” preliminar (MCE) o qual teve seus pressupostos validados na reunião com o grupo de expertise.

O grupo foi composto por três membros do NEISE: uma enfermeira do ambulatório de oncologia ginecológica, uma enfermeira da unidade de psiquiatria especializada no cuidado aos pacientes com histórico de adição; ambas são pós-graduandas com pesquisas sobre espiritualidade em andamento. Havia também uma assistente administrativa da unidade de emergência, que possui histórico de doença oncológica, com tratamento realizado na instituição do estudo e, em razão disso, com uma rica experiência de vida e participação ativa no núcleo. A observadora foi uma enfermeira que não é membro do NEISE, com larga experiência na assistência. Não foi possível conciliar a agenda de todos os participantes do grupo de modo a incluir outros membros do NEISE.

Após a assinatura do TCLE (APÊNDICES B e C) pelas participantes e a observadora, a pesquisadora explicitou os passos para a realização do encontro com o grupo de expertise (APÊNDICE F) e apresentou em formato *Power Point* os principais elementos do estudo e o modelo de cuidado preliminar construído a partir da análise dos dados (Figura 5). Como questão norteadora do grupo foi realizada a pergunta: O modelo de cuidado espiritual representa os passos para oferecer cuidado espiritual?

As participantes demonstraram sua compreensão do MCE preliminar e elaboraram considerações sobre os elementos que estruturaram o modelo de modo a fortalecer a saturação. Ao expressarem seus pontos de vista sobre o desenvolvimento do modelo de cuidado, contribuíram para validar e aprimorá-lo. A observadora registrou suas impressões, as quais foram posteriormente anexadas ao material transcrito do encontro.

A síntese sobre as características deste modelo foi obtida após uma reunião com duração de 2h08min, quando foi alcançado um consenso com vistas à validação dos pressupostos do MCE preliminar.

Os dados provenientes deste encontro foram processados de acordo com os princípios da TFD, descritos anteriormente.



Fonte: <http://ameia.pink/nossa-senhora-carmo-70182.html>

Nossa Senhora do Carmo

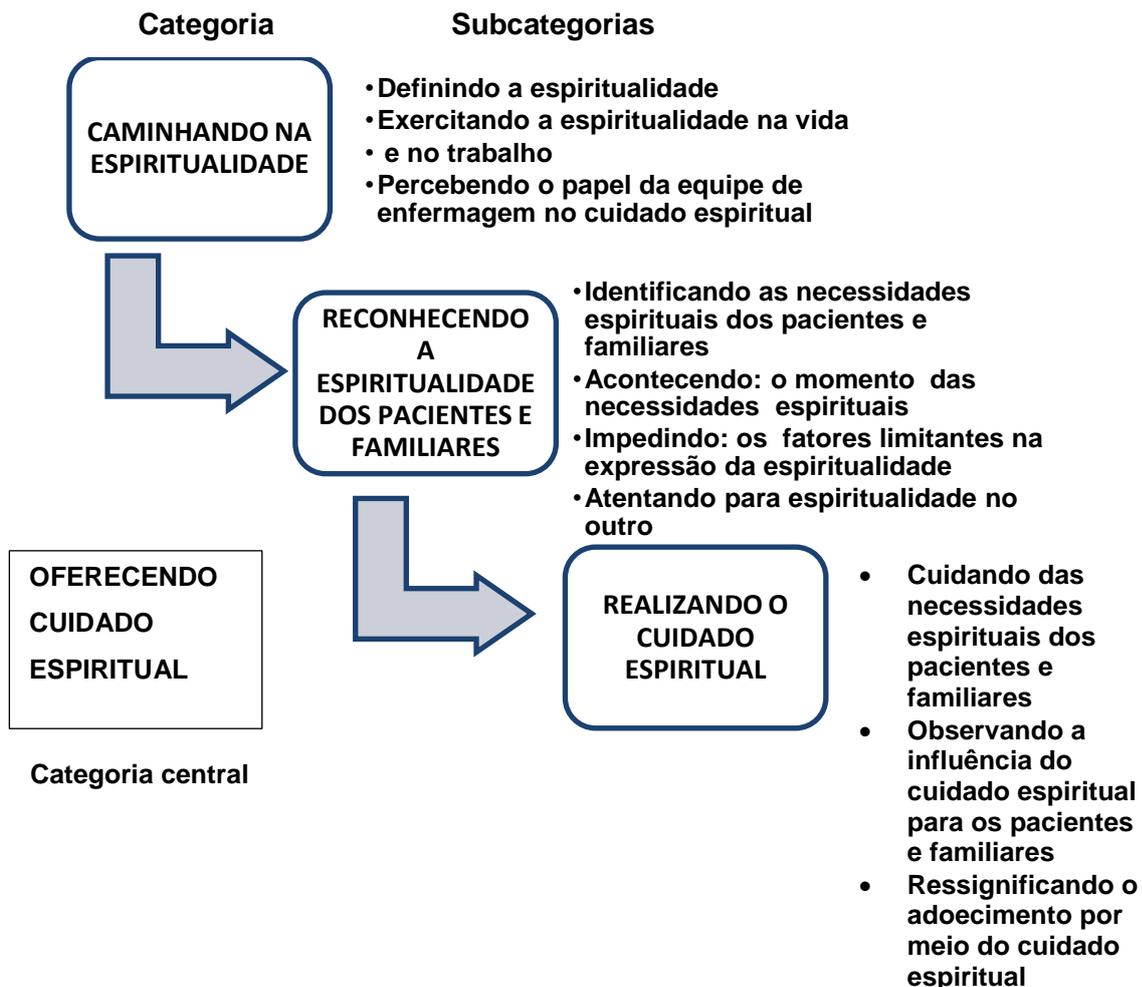
Resultados e Discussão

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram interpretados à luz do Interacionismo Simbólico que, de acordo com Charmaz (2006), é uma perspectiva construtivista por assumir que os significados e as experiências mais arraigadas são resultado de um processo coletivo. Neste capítulo serão apresentadas as categorias e subcategorias identificadas a partir das etapas de análise dos dados que possibilitaram construir o Modelo de Cuidado preliminar que foi validado pelo grupo de expertise.

O Modelo de Cuidado Espiritual preliminar (Figura 5) foi submetido à apreciação do Grupo Focal e a análise dos dados provenientes desse encontro resultou na categoria **Tornando claro o modelo** e a sua subcategoria **Compreendendo o modelo**.

Figura 5 - Modelo de cuidado espiritual preliminar



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.1 Tornando claro o modelo

A utilização de um Modelo de Cuidado pressupõe a clareza para que os enfermeiros e técnicos de enfermagem tenham condições de aplicá-lo na prática.

Nesta categoria, as participantes do grupo de expertise no processo de validação destacaram os elementos que julgaram necessários suprimir ou agregar a fim de que a equipe de enfermagem possa utilizar o Modelo de Cuidado Espiritual em seu cotidiano.

6.1.1 Compreendendo o modelo

Nesta subcategoria, as participantes destacaram a necessidade de um modelo mais enxuto e compreensível para utilização no cuidado, sem destaque demasiado às limitações e agregando os aspectos observados aos influenciados pela espiritualidade, tendo cautela em relação à ênfase no termo “influência” por receio de uma interpretação equivocada.

A necessidade de um modelo operacional para a compreensão da equipe de enfermagem e aplicação na prática também foi apontada e para tanto sugeriram que as categorias fossem nomeadas de modo mais concreto.

Quanto à subcategoria *Exercitando a espiritualidade na vida e no trabalho*, as participantes destacaram que essa separação dificilmente ocorre em razão do envolvimento e da natureza do trabalho na enfermagem.

A importância de diferenciar o cuidado espiritual do cuidado religioso também foi lembrada pelas participantes e a necessidade de aperfeiçoar as formas de obter as informações sobre crenças e valores.

Destacaram, também, a relevância da inclusão da família no núcleo de cuidado a fim de serem obtidos melhores resultados em relação à saúde do paciente.

“[...] no realizando o cuidado espiritual, porque na verdade tudo que a gente influencia a gente também é influenciado. Então, na medida em que a gente vai criando um pouco mais de segurança para fazer é um caminho que traz um profundo sentido da profissão [...]” (Nossa Senhora do Bom Conselho)

“[...] ele volta (o cuidado espiritual) para o profissional como uma coisa boa. Enfim, não vai fazer bem só para o paciente toda essa questão

espiritual, mas o quanto isso está fazendo o profissional crescer, quanto aprendizado vai voltar para mim no momento que eu estou aplicando isso. [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] No influenciando e observando, tu repete o mesmo... a mesma ação, influenciar e observar o efeito do cuidado [...] (Nossa Senhora Desatadora do Nós)

“[...] às vezes, eu vejo... parece que tu definiste duas coisas, duas ações que estão muito juntas [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] fico um pouco receosa por conta da interpretação que algumas pessoas... a gente influencia a vida das pessoas, a gente faz elas ressignificar com a abordagem, perguntas que a gente vai fazendo, vai lançando alguns olhares, mas a única coisa, minha preocupação é assim, quer dizer que influenciando tu estás impondo suas próprias crenças para quem está. Tem dois olhares assim para isso [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] acho que poderia colocar junto (influenciando e observando) [...] (Nossa Senhora do Bom Conselho)

“[...] acho que as pessoas não vão olhar para a chamada, caminhando na espiritualidade e compreender o que estás dizendo com isso. Está um pouco abstrato para mim ficaria compreensível, porque o abstrato, o subjetivo faz parte da minha caminhada. Agora as pessoas que estão no cotidiano elas precisam dizendo o que é cada detalhe dele (do modelo) [...], então dá a impressão que são duas coisas separadas, do viver pessoal e do trabalho, alguma coisa que isso está presente na tua vida pessoal e começa por ali e se estende para o trabalho. É essa discussão que a gente tem que trazer, porque a nossa vida no trabalho é a nossa vida, de um certo modo. [...] as pessoas conseguem diferenciar o que é cuidado espiritual e o que é cuidado religioso, porque existe uma fronteira, o cuidado espiritual ele é atribuição do profissional da saúde, o cuidado religioso, a ação do profissional só temos essa ação de chamar (representante religioso), acompanhar, acolher a pessoa que vem fazer isso [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] apresentando parece coerente, prático e viável, agora no dia-a-dia aplicar o que está aí, parece... eu não vou conseguir fazer... não tenho tempo, eu vou ter que dar mais atenção aos sinais vitais, esse tempo para dar essa atenção, eu não tenho no meu dia-a-dia, colocar isso aí na prática, realmente acho que é o grande desafio, isso seja feito junto... o nosso dia-a-dia é muito árido, então a gente tem dificuldade realmente de encaixar isso na realidade[...] (Nossa Senhora da Boa Viagem)

“[...] Cada vez mais a gente tem que fazer esse esforço de saber que a gente não vai ter um mundo maravilhoso, de ter o tempo certo, o espaço certo para poder fazer isso (o cuidado espiritual) não a gente vai ter que num contexto assim, saber como que a gente se puxa para começar a ir devagarinho fazendo [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] acho que quando fala do realizando o cuidado espiritual, entendo que no acolhendo as pessoas vão falar de suas dificuldades e os fatores limitantes centraria muito naquela parte central, no

caminhando, se eu desperto para espiritualidade valorizo isso aprendo que para o outro também é importante... se não houver um trabalho árduo na universidade, no hospital, as pessoas não vão despertar para a importância disso, vão continuar achando que a gente tem que atender no nível físico, psicológico, o espiritual vai ficar muito para depois. Então eu me centraria nessas duas pontas, em detalhar melhor eu senti uma falta de já ver com uma certa clareza no modelo o trabalho do cuidado espiritual [...] (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] nos fatores limitantes, é muito explícito o limitante, as pessoas sei lá... os próprios profissionais não querem trabalhar esse tema, para mim é tão óbvio, acho que a gente tem que focar ali na primeira (categoria) [...]” (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] conversa básica da religião, realmente a gente passa batido ali e para muitas pessoas é constrangedora essa resposta, acho que a gente tem que aprender a perguntar e não fazer com que isso seja pesado, ele tem que se posiciona: – Eu não tenho religião, não tem problema, é uma forma da gente poder lhe conhecer, só isso, e lhe ajudar se for a indicação, mas o que a gente faz é aquilo ali, estudou até que ano... [...]” (Nossa Senhora da Boa Viagem)

“[...] A saúde possível é bem... vai nesse item, de ressignificar o adoecimento [...]” (Nossa Senhora Auxiliadora)

“[...] à medida que você tem uma concepção de que quando interna, alguém interna no núcleo familiar, que a família é completamente parceira nesse processo, você tem que cuidar dela, senão ela se torna um fator limitante no cuidado e a gente tem aqui n famílias desorganizadas socialmente, com n conflitos, que às vezes se torna um conflitante no cuidado, então à medida que a gente entende que essa família precisa ser cuidada e definida com esse paciente de quem é seu núcleo familiar [...]” (Nossa Senhora Auxiliadora)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Tornando claro o modelo**, apresenta-se os códigos e subcategoria no Quadro 9, a seguir.

Quadro 9 - Categoria Tornando claro o modelo, códigos e subcategoria

Códigos	Subcategoria	Categoria
<p><i>Senti uma falta de já ver com uma certa clareza no modelo o que é o trabalho do cuidado espiritual.</i></p> <p><i>Acho que as pessoas não vão olhar para caminhando na espiritualidade e compreender o que estás dizendo.</i></p> <p><i>Está um pouco abstrato.</i></p> <p><i>Apresentando parece coerente, prático e viável, agora no dia a dia aplicar o que está aí, eu não vou conseguir fazer.</i></p> <p><i>As pessoas que estão no cotidiano precisam ter algo enxuto e o produto de poder botar na prática.</i></p> <p><i>Não vai fazer bem só para o paciente toda essa questão espiritual, mas o quanto isso está fazendo o profissional crescer.</i></p> <p><i>Cada vez mais a gente tem que fazer esse esforço.</i></p> <p><i>Entendo que no acolhendo as pessoas vão falar de suas dificuldades e os fatores limitantes centraria no caminhando.</i></p> <p><i>É a partir de si que começa o trabalho.</i></p> <p><i>No influenciando e observando, tu repete o mesmo acho que poderia colocar junto.</i></p> <p><i>Ressaltar que existe uma diferenciação e que o profissional de saúde precisa se preparar para o cuidado espiritual.</i></p> <p><i>A saúde possível vai nesse item, de ressignificar o adoecimento.</i></p>	<p>Compreendendo o modelo</p>	<p>Tornando claro o modelo</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A TFD construtivista pressupõe um ir e vir aos dados de modo a possibilitar a construção de uma teoria robusta, que represente de forma fidedigna o fenômeno em estudo. Desse modo, após o encontro com o grupo de expertise ao retornar à leitura das categoriais e subcategorias, foi possível ampliar a compreensão sobre os dados coletados e revisar a redação de modo a obter-se maior clareza e objetividade na construção do modelo e, assim, atender às recomendações do grupo para construir um modelo mais prático e compreensível.

Assim sendo, **Caminhando na espiritualidade** foi nomeada **Situando a espiritualidade no seu viver** e suas subcategorias **Exercitando a espiritualidade na vida** e **Percebendo o papel da equipe de enfermagem** foram alçadas a categorias pela importância que o grupo atribuiu ao seu conteúdo.

A subcategoria **Impedindo: os fatores limitantes na expressão da espiritualidade** foi renomeada para **Limitando o cuidado pelas crenças, pessoais, organizacionais e religiosas** e “Identificando as necessidades espirituais dos pacientes e familiares” tornou-se a subcategoria “Identificando as formas de enfrentamento do sofrimento”.

A subcategoria **Realizando o cuidado espiritual** foi alçada a categoria e nomeada **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado** e as suas subcategorias foram denominadas “Acolhendo o paciente e seus familiares”, “Utilizando práticas integrativas”, “Rezando com o paciente”, “Confortando por meio da espiritualidade” e “Continuando a acreditar todos os dias”, de modo a demonstrar de forma objetiva os passos para o cuidado espiritual.

A categoria central foi cuja denominação era **Oferecendo cuidado espiritual** foi alterada para **Ressignificando o adoecimento** por compreender o significado do fenômeno em estudo.

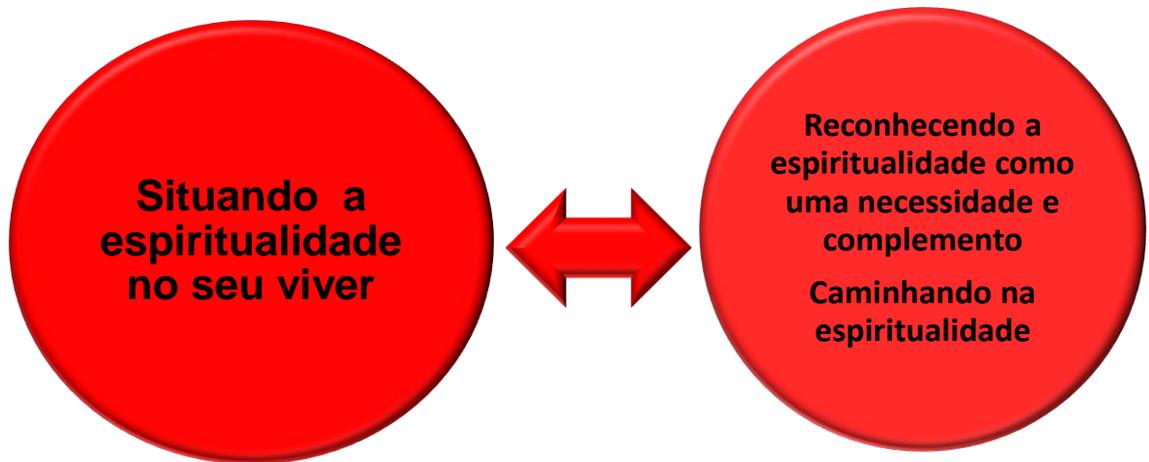
As categorias e subcategorias construídas a partir da análise dos dados e após a validação no grupo de expertise são descritas a seguir.

6.2 Situando a espiritualidade no seu viver

Esta categoria engloba a trajetória na espiritualidade das enfermeiras e técnicas de enfermagem, levando em consideração que o indivíduo tem suas crenças e práticas espirituais desenvolvidas ao longo da vida e trazem para o trabalho, compreendendo que o mundo do trabalho ocupa uma parte considerável do tempo e é fundamental na interação social, na construção do *self* em sua fase *mim*.

E a partir das reflexões e das relações estabelecidas, os indivíduos identificaram os elementos preponderantes da espiritualidade no seu viver, o que se concretizou na categoria e subcategorias descritas, a seguir, na Figura 6.

Figura 6 - **Situando a espiritualidade no seu viver**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.2.1 Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e um complemento

Nesta subcategoria, as participantes identificaram a espiritualidade como uma necessidade e a descreveram como fundamental em suas vidas para o cuidado de si e dos outros. Ainda apontaram o aspecto complementar da espiritualidade como uma conexão que interliga o ser com o todo. Entendem que independente da natureza das crenças a espiritualidade pode ser fonte de energia, serenidade e segurança no enfrentamento dos desafios e está incorporada na vida das participantes, sendo exercitada diariamente.

"[...] Espiritualidade, para mim, é uma necessidade humana, vamos dizer, para poder se cuidar bem e cuidar do outro [...]" (Nossa Senhora de Lourdes)

"[...] Percebo como um complemento, um lado da gente que complementa essa estada terrena daqui... Eu acho... nunca tinha pensado num conceito assim, mas eu penso que faz parte, entende? Está ligado o corpo, espírito, psique, está tudo interligado, eu enxergo assim [...]" (Nossa Senhora das Graças)

"[...] Acredito que a espiritualidade é algo que não pode estar separado, acredito fielmente que isso faz parte do nosso todo, da nossa conexão, de tudo que está na nossa volta [...]" (Nossa Senhora de Fátima)

"[...] a espiritualidade é uma segurança [...] uma fonte, onde a gente se retroalimenta, que a gente vai lá, a gente tem isso assim muito

presente e isso nos dá energia, nos traz conforto, consolo, independentemente do tipo de crença que tu tenhas, traz serenidade para algumas coisas que tu precisas enfrentar na vida [...] (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] espiritualidade tem a ver com a essência de cada um [...] que é a tua essência, que é teu, que é único e a comunicação começa por aí assim com a espiritualidade da gente [...]” (Nossa Senhora da Glória)

[...] faz parte do um dia-a-dia. Acho que ela é fundamental, é uma conexão com o eu superior, com o divino [...] (Nossa Senhora Mãe de Deus)

6.2.2 Caminhando na espiritualidade

Nesta subcategoria, as participantes relataram o modo como a espiritualidade estrutura suas crenças, independente de afiliação religiosa, propicia uma sensação de bem-estar, compõe seus hábitos diários e media a busca por suas verdades pessoais.

“[...] Espiritualidade são as coisas que eu acredito, que nos fazem bem [...] não tem só a relação de estar ligado a uma religião específica, [...] participar de alguma atividade que nos traga esse bem-estar [...]” (Nossa Senhora da Penha)

“[...] mas tem alguma coisa que te falta assim e é esse contato com o ser interior, que é a essência espiritual de cada um... muitas vezes através da religião a gente põe em prática essa questão da espiritualidade [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] eu vejo a espiritualidade como uma coisa que está no dia a dia, que a gente tem que exercitar a qualidade da nossa fé que é a espiritualidade, que é diferente de religião, bem diferente, a religião é uma crença que dependendo da religião, ela te aprisiona muito os pensamentos e a espiritualidade não, ela te liberta, tu acabas descobrindo as tuas próprias verdades e é uma coisa que a gente faz diariamente [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Situando a espiritualidade no seu viver**, apresenta-se códigos e subcategorias no Quadro 10, a seguir.

Quadro 10 – Categoria Situando a espiritualidade no seu viver, códigos e subcategorias

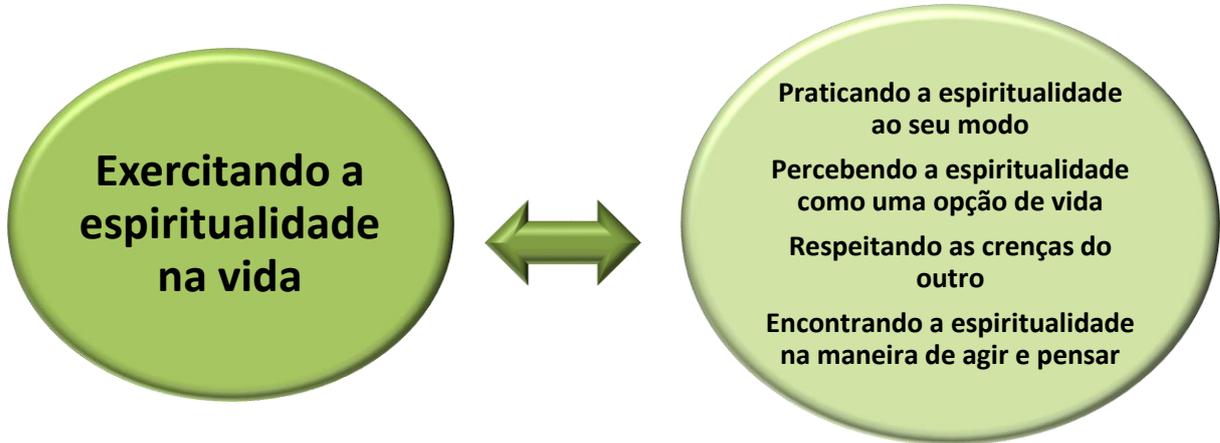
Códigos	Subcategorias	Categoria
Acreditando que é a primeira necessidade. Admitindo a necessidade da espiritualidade. Sendo uma necessidade humana para poder se cuidar bem e cuidar do outro. Fazendo parte do nosso todo, da nossa conexão, de tudo que está a nossa volta. Interligando corpo, espírito, psique... Percebendo como um complemento. Trazendo segurança, conforto, consolo, serenidade para algumas coisas que tu precisas enfrentar na vida. Sendo a essência espiritual de cada um. Sendo seres espirituais. Conectando com o eu superior, o divino.	Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e complemento	Situando a espiritualidade no seu viver
Acreditando no que faz bem. Exercitando a qualidade da nossa fé. Fechando as lacunas. Participando de alguma atividade que nos traga esse bem-estar. Precisando da espiritualidade. Pondo em prática através da religião. Descobrimo as próprias verdades. Ajudando a ser uma pessoa melhor.	Caminhando na espiritualidade	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.3 Exercitando a espiritualidade na vida

A categoria **Exercitando a espiritualidade na vida** e suas subcategorias apresentam de que forma as participantes praticam a espiritualidade em suas vidas e estão descritas, a seguir, na Figura 7.

Figura 7 - Exercitando a espiritualidade na vida



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.3.1 Praticando a espiritualidade ao seu modo

Nesta subcategoria, as participantes relataram as formas que elegeram para praticar a espiritualidade, as quais podem incluir a participação em centros religiosos, atividades organizadas, por exemplo, cursos voltados para o tema, terapia, desenvolvimento de práticas pessoais, como a oração diária, ou que propiciem o desenvolvimento de valores familiares congruentes com a prática espiritual. Uma das participantes destacou que o relacionamento com seu filho resgatou o afeto, paciência, tolerância, a escuta, o que de certa forma também são aspectos da espiritualidade. O Reiki é uma dentre as terapias integrativas que emprega a imposição das mãos, sendo também citada como um caminho para desenvolvimento do bem-estar espiritual. A prece além de ser descrita como um hábito diário para pedir proteção, foi utilizada de acordo com as participantes, por favorecer a conexão com um Ser Superior e para obter forças no cuidado de enfermagem.

“[...] eu participo de um centro holístico [...] lá se trabalha o amor e o perdão, onde o pessoal trabalha com o Reiki, energização, apometria... e fora isso eu gosto de vez em quando, ir numa missa, me sinto bem, eu não... sou católica [...]” (Nossa Senhora Aparecida)

“[...] Tentando não desejar o mal para as pessoas, fazendo

pensamentos positivos, tentando em algum momento de estresse trazer alguma coisa que me faça bem, uma oração, repetir algum mantra (para) me trazer no centro [...] (Nossa Senhora da Penha)

“[...] Procuo sempre fazer as orações, não oração formal assim, mas mais uma conexão e é isso [...]” (Nossa Senhora das Graças)

“[...] eu sou espírita, faço cursos, procuro trabalhar isso na minha família. [...] de ser espírita, ter feito o curso de Reiki, tudo, acredito em energia, isso é uma coisa que faz parte do meu dia a dia [...]” (Nossa Senhora da Conceição)

“[...] comecei a estudar essas questões da filosofia budista, que me ajudou muito a enfrentar essas situações [...] fazendo um compilado assim, um pouquinho de cada uma naquilo que para mim fazia sentido[...] aplicar na prática em relação ao meu trabalho [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] eu sempre gostei de fazer uma oração antes de chegar naquele paciente, antes de chegar ao meu trabalho, de fazer uma oração para que tudo corresse bem, que Deus usasse as minhas mãos para que eu pudesse ajudar aquelas pessoas que eu estava ali cuidando [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] eu rezo, converso em pensamento com (Deus), que eu acredito. Eu não acredito que ir à (Igreja), por exemplo, seja espiritualidade tenho os meus santinhos, então eu converso, rezo. Em momentos difíceis, eu procuro me tranquilizar, me apegando nessa força maior que eu acredito [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] Através do Reiki, de oração [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...]O meu filho me resgatou muita coisa assim do afeto, da paciência, desde a gestação, da tolerância, isso faz parte da prática da espiritualidade, tu ser tolerante, saber ouvir, ter um tempo de escuta teu [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

6.3.2 Percebendo a espiritualidade como uma opção de vida

Nesta subcategoria, as participantes descrevem a espiritualidade como parte integrante da sua vida, de modo a guiar seus comportamentos e tornar-se um ser melhor, aprimorar suas habilidades de ouvir, ser empático e preparar para o exercício da enfermagem oportunizando força e consciência da profissão também como missão de vida.

“[...] Eu procuro me conectar com Deus, minha proposta é pela luz, quando dou umas patinadas, procuro voltar atrás e recomeçar [...]” (Nossa Senhora das Graças)

“[...] hoje eu consigo encontrar essa espiritualidade dentro de mim, nas coisas que eu faço, na maneira de agir, na maneira de pensar, é um

caminho... a gente sabe que não é fácil, mas hoje eu percebo isso de uma maneira muito tranquila [...] (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] tu ajudar uma pessoa, seres uma pessoa que saber ouvir, saber escutar, saber entender [...] acreditares num ser superior, que é Deus, tu teres aquele sentimento de quando vais fazer uma coisa, de dever cumprido, por seres com o paciente [...] saber entender [...]” (Nossa Senhora Aparecida)

“[...] faço uma oração antes de entrar na unidade [...] eu acredito assim de que a gente tem uma missão, a minha [...] eu tenho que aprender com eles (as crianças) e se o meu papel ali é ajudá-los a enfrentar isso (a doença) eu tenho que me preparar também para ajudá-los a enfrentar [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] é uma necessidade humana, vamos dizer, para poder se cuidar bem e cuidar do outro [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] Eu me sinto mais forte para cuidar do outro, eu me sinto... não mais apta... sinto uma força que age através das minhas mãos, alguma coisa que eu sinto [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

6.3.3 Respeitando as crenças do outro

Nesta subcategoria, as participantes destacaram o respeito pelas crenças dos pacientes e familiares mostrando disponibilidade para responder aos questionamentos sobre espiritualidade e demonstraram a compreensão que as pessoas religiosas podem não ser espiritualizadas. O entendimento da espiritualidade como o fazer parte do todo, apesar das resistências em relação ao aspecto espiritual do ser humano.

“[...] eu exerço de forma a acreditar em um poder maior, respeitar o que o outro acredita tentar contribuir de forma que a minha necessidade seja contemplada e a do outro também [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] não imponho a forma de expressar a minha religiosidade a ninguém, eu sempre pergunto qual é a tua religião, no que eu posso te auxiliar, as pessoas por mais que sejam católicas hoje em dia, elas perguntam (buscam) respostas [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] Então acho que a espiritualidade, ela está sempre envolvida em todos os campos, só que claro, nem todas as pessoas são espirituais, nem todas as pessoas que têm uma religião, elas praticam a espiritualidade [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] Eu acredito que a espiritualidade é algo que não pode estar separado [...] eu acredito fielmente que isso faz parte do nosso todo, da nossa conexão, de tudo que está na nossa volta. A espiritualidade ainda se faz presente, mesmo que algumas pessoas ainda tenham resistência com relação a isso [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] influencia no meu processo ético de viver, em relação à crença do paciente, a minha crença ela não tem que interferir...tenho que me comunicar com o paciente no canal de comunicação dele, da crença dele, sempre respeitando, quer ele acredite em Deus ou não... os (seus) recursos internos estão estruturados na crença dele.” (Nossa Senhora das Graças)

6.3.4 Encontrando a espiritualidade na maneira de agir e pensar

Nesta subcategoria, a espiritualidade é situada pelas participantes como parte das suas vidas sob a forma dos deveres éticos de conduta e sociais de auxílio ao próximo. O incremento da intuição também foi descrito como associado com as práticas de natureza espiritual, a capacidade de cuidar do outro e a tolerância.

“[...] espiritualidade na minha vida, acho que é ajudando o próximo, em todos os sentidos, saber escutar na hora que precisa, por exemplo, ajudar na hora que precisa [...]” (Nossa Senhora Aparecida)

“ [...] faz parte da prática da espiritualidade, ser tolerante, saber ouvir, ter um tempo de escuta teu[...] eu posso mostrar que existem opções e que todas elas levam a um lugar e a melhor o que tu vais escolher para a tua vida, independente de praticar, seja qual for a religião, é praticar o bem, estar em harmonia contigo, com os outros e com tudo que te cercas [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] Acontece (a intuição) o tempo inteiro, na verdade, às vezes, assim [...] depois de eu estudar bastante, de ter esses contatos (com outras filosofias religiosas), comecei a ouvir muito mais a minha intuição e de que forma me aproximar e às vezes isso vem em insight [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] quando a gente usa a espiritualidade, pensa a espiritualidade, tu olhas o outro com mais respeito, com menos pré-julgamento, se não fosse essa ferramenta, talvez eu fosse mais crítica, mais prática [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] Eu vejo que quem tem isso (a espiritualidade) mais desenvolvido, consegue articular melhor algumas situações, principalmente conflitos, problemas, angústias pessoais, consegue trabalhar melhor, do que quem não tem isso muito presente no seu dia a dia ou em alguma etapa da sua vida isso não esteve presente [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] No cuidado com o outro [...] me estrutura para poder trabalhar [...] No cuidado com o outro, ela entra, acho que também dentro dos recursos internos da pessoa e também para poder suportar o sofrimento [...] a perda da própria vida ou a perda da pessoa amada [...] a espiritualidade ela entra como força para a pessoa [...]” (Nossa Senhora das Graças)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Exercitando a espiritualidade na vida**, apresenta-se códigos e subcategorias no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 - Categoria Exercitando a espiritualidade na vida, códigos e subcategorias

Códigos	Subcategorias	Categoria
<p>Acreditando nos meus santinhos. Acreditando que ir à (Igreja) seja espiritualidade. Conhecendo o Reiki. Conhecendo vários seguimentos. Estudando questões do budismo. Fazendo cursos. Fazendo o evangelho no lar. Fazendo um compilado, um pouquinho de cada. Fazendo uma oração antes de chegar ao trabalho. Indo na Igreja quando tem vontade. Orando por eles (os pacientes) quando eu chegava. Participando de um centro holístico. Procurando sempre fazer as orações. Tentando em algum momento de estresse trazer alguma coisa que me faça bem.</p>	<p>Praticando a espiritualidade ao seu modo</p>	<p>Exercitando a espiritualidade na vida</p>
<p>Acreditando em ter uma missão. Cuidando bem de si e do outro. Encontrando espiritualidade na maneira de agir e na maneira de pensar. Estruturando para poder trabalhar (in) dependente de praticar a religião é praticar o bem. Percebendo a espiritualidade como opção de vida. Procurando me conectar com Deus. Procurando me tranquilizar. Sentindo mais forte para cuidar do outro. Tendo a espiritualidade como um alicerce. Tendo certeza do dever cumprido. Tendo pensamentos positivos. Tentando não desejar o mal para as pessoas. Tentando trazer isso para a vida.</p>	<p>Percebendo a espiritualidade como uma opção de vida</p>	
<p>Contribuindo de forma que a minha necessidade seja contemplada e a do outro também. Evitando impor forma de expressar a religiosidade a ninguém. Exercendo de forma a acreditar em um poder maior, respeitar o que o outro acredita. Perguntando qual é a religião, no que posso auxiliar. Reconhecendo que nem sempre as pessoas que têm religião praticam a espiritualidade. Respeitando a vontade do outro, independente das crenças do enfermeiro</p>	<p>Respeitando as crenças do outro</p>	

Quadro 11: conclusão

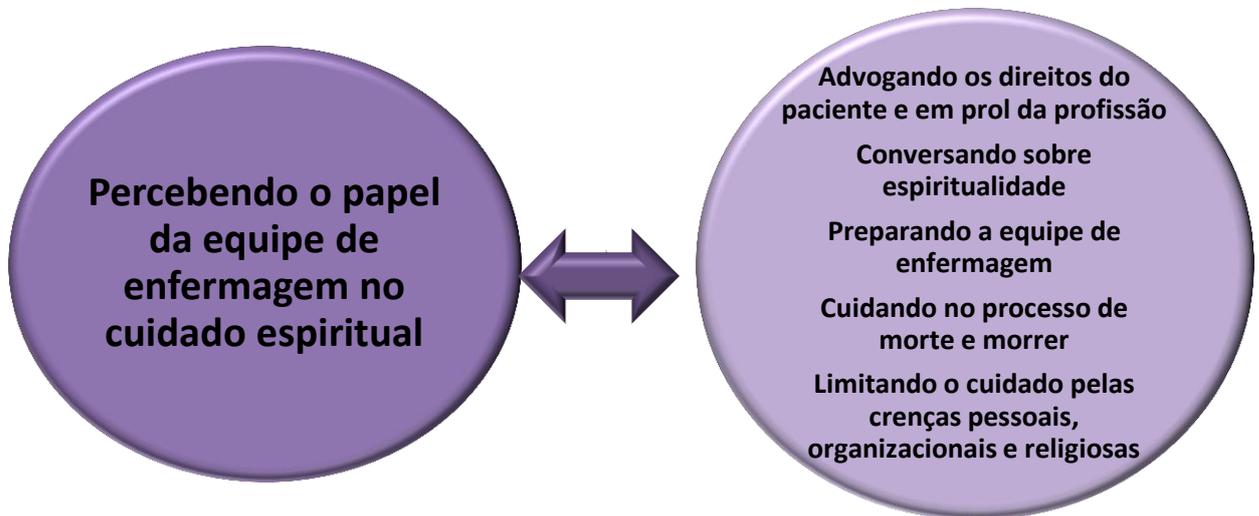
<p>Ajudando o próximo, em todos os sentidos. Articulando melhor algumas situações, conflitos, problemas, angústias pessoais. Colocando amor em tudo que fazes. Fazendo parte da prática da espiritualidade, ser tolerante, saber ouvir, ter um tempo de escuta. Obtendo uma sincronia de ações positivas que favorecem o cuidado. Olhando o outro com mais respeito, menos pré-julgamento. Ouvindo muito mais a minha intuição. Sabendo escutar na hora que precisa. Tendo uma atitude amorosa. Transmitindo uma mensagem de bem, esperança.</p>	<p>Encontrando a espiritualidade na maneira de agir e pensar</p>	
---	---	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.4 Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual

A categoria **Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual** e suas subcategorias trazem os elementos que compõem o exercício da enfermagem no cuidado espiritual e estão descritas, a seguir, na Figura 8.

Figura 8 - Categoria: **Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.4.1 Advogando os direitos do paciente e em prol da profissão

As participantes destacaram a importância de defender os direitos dos pacientes em terem suas crenças e valores acatados e, ainda, o respeito pelo corpo do paciente durante o período da internação. O advogar pela profissão surge como a valorização das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e técnicas, baseadas em um corpo de conhecimentos que prevê o atendimento para além das questões biológicas. Contudo, percebe-se nos discursos a dificuldade que algumas enfermeiras ainda têm no exercício da profissão devido ao acúmulo das tarefas burocráticas.

“[...] Só que a gente tem essas barreiras, dificuldades, tabus, esses preconceitos de trabalhar (a espiritualidade) dentro do hospital, a enfermagem precisa defender isso, precisa advogar pelo paciente, defender seus interesses [...] a gente precisa advogar em prol da nossa própria profissão... porque para esse paciente pode ser importante e ele precisa se sentir acolhido por alguém querendo saber, da sua crença [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] Eu acho que primeiro tem que respeitar a religião de cada um, independente de que religião tu for, tens sempre que respeitar e perguntar para a pessoa [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] A espiritualidade ainda se faz presente, mesmo que algumas pessoas ainda tenham resistência com relação a isso [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] Eu vejo assim as enfermeiras muito envolvidas com papéis, às vezes não conseguem ir até ali. Não é sempre que consegue [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] faz e acontece (realização de exame físico, coleta de materiais) então procuro conversar com os residentes, o paciente está lúcido, vamos se apresentar... porque às vezes chegam e simplesmente... acho que o principal respeito pelo paciente, tem que respeitar [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

6.4.2 Conversando sobre espiritualidade

Nesta subcategoria, as participantes destacaram a importância do papel da enfermagem e da necessidade de estar à disposição da família de modo a perceber as necessidades espirituais e, assim, poder oferecer apoio e atenção ou solicitar a vinda de um representante de alguma religião.

“[...] tu podes colocar alguma coisa à disposição, perguntar se tem alguma coisa que pode ajudar assim, se eles acreditam algum auxílio, até uma conversa, acho que às vezes o jeito de lidar com aquela situação com mais paciência, tentando ver o lado positivo, também já está ajudando [...]” (Nossa Senhora da Penha)

“[...] Eu acho que nosso papel é fundamental... permanecemos a maior parte do tempo junto com o paciente... até nas conversas informais que captamos o que o familiar, o paciente acredita. Conversando sobre o que ele acredita o que podemos fazer para melhorar, lembrar as coisas que fazia nos momentos difíceis. [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] o católico às vezes pede para fazer a comunhão, os que são evangélicos querem a presença do pastor que faz a oração, eles pedem e a gente libera tranquilamente [...]” (Nossa Senhora da Glória)

6.4.3 Cuidando no processo de morte e morrer

O cuidado de enfermagem nesta fase do ciclo evolutivo demanda sensibilidade, o que foi demonstrado nas falas das participantes ao descreverem os rituais no processo de morte e morrer: preservar o local, permitir a presença dos familiares e orientar que conversem com o paciente mesmo inconsciente expressando manifestações de afeto, solicitar apoio religioso e o respeito no preparo

do corpo incluindo a família quando esta manifestou interesse. Além disso, descreveram situações nas quais realizaram orações com pacientes e familiares, além da preocupação em atender o familiar apoiando e mobilizando formas de lidar com o sofrimento advindo da proximidade da morte do paciente.

“[...] quando eu começo a fazer o tamponamento gosto de estar só, claro preparar o corpo, na hora de virar eu vou ter que pedir para um colega, não vou conseguir fazer sozinha, mas é um momento que eu acho importante é o momento que a gente tem que ter um certo respeito [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] tu imaginas assim, é o ciclo da vida... Uma mãe nunca vai estar preparada para perder um filho... [...] acho que é esse momento que tu tens que estar do lado dessa família. Geralmente no final, eles não (pedem)... a gente oferece, mas no final eles querem padre ... [...]” (Nossa Senhora da Conceição)

“[...] Já fechei porta durante a morte do paciente... fiquei junto, independente da religião, permaneci ali até o paciente falecer... a família se sentiu respeitada, valorizada... mostra o quanto podemos fazer diferente naquele momento de passagem. [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] Olha, já fiz uma oração junto com a família... quando eles estão sedados ou já bem sintomáticos... vejo a criança, a família, me despeço, agradeço a oportunidade do convívio, experiência, de poder estar por perto naquele momento porque a gente convive muito tempo com eles [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] Aí eu falei para eles (familiares), ele vai ouvir até... a audição é o último sentido que o paciente perde, então aproveita para falar, dizer que ama, agradecer [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] eu trabalho muito mais com as mães... entender é isso que a gente precisa, pelo menos, que eles tenham o entendimento de que tem coisas que não precisam voltar mais, e que eles não estão desejando a morte do filho, estão desejando libertar do sofrimento, que o sofrimento acabe, aliviar a culpa, a culpa de desejar a morte do filho, então são coisas muito difíceis... não é o momento de colocar um plus no sofrimento das pessoas[...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...]a menina faleceu, ela convulsionou, parou e não voltou mais, a mãe chorou, me chamou [...] pediu para (banhar) e vestir:... ela pegou a minha mão e a da criança, fez uma roda na volta da criança e deram as mãos e rezaram um Pai Nosso ...foi um choro de paz, terminou aquele Pai Nosso, as pessoas foram saindo, ela me abraçou, sabe assim, mas um abraço muito fraterno me agradeceu tudo, [...]” (Nossa Senhora da Glória)

6.4.4 Preparando a equipe de enfermagem

O tempo de formação das enfermeiras (entre 13 e 40 anos) e das técnicas de enfermagem (entre 18 e 35 anos), aliado as suas trajetórias de vida na espiritualidade, pode ser considerado preponderante, no modo de compreender e fazer enfermagem. As participantes demonstravam segurança e familiaridade com o cuidado espiritual associado às práticas de enfermagem usuais. Apesar de terem afirmado a falta do tema espiritualidade em sua formação, buscaram incorporá-la em sua vida por compreenderem que a prática espiritual trouxe uma melhor compreensão da dor e sofrimento vivenciados no cotidiano da enfermagem e mostrou caminhos para agregar elementos as suas práticas que podem auxiliar os pacientes e seus familiares.

“[...] acaba se priorizando isso e outras necessidades e a espiritualidade fica para depois... talvez, se isso fosse trabalhado mais ou de uma forma diferente, durante a formação do enfermeiro, depois a forma de enxergar seria diferente [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] Com certeza foi quando eu quis vir para o paliativo, eu saí (da outra unidade), eu não me lembro de fazer isso assim, de tentar confortar, ver com esse outro olhar assim, de acolher, de ver que aquele sofrimento não é só físico [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] agregar valor na assistência que eu presto para o paciente, que vai fazer sentido para o cuidado, então nós temos uma missão e um desafio muito grande que a equipe de enfermagem tenha esse papel, mesmo que eu não tenha essa espiritualidade desenvolvida, mas que eu entenda que isso precisa ser abordado... Só que a gente tem essas barreiras, tem essas dificuldades [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] A gente fica triste (com a morte da criança e adolescente), mas acho que a terapia me ajudou a entender que a história é dele, e não minha [...] o teu papel ali naquele momento é fazer com que ele enfrente da melhor forma possível que não tenha um plus no sofrimento [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] Hoje eu pergunto o que é mais importante na sua vida? Aí, eles conseguem responder o que é a crença deles... tens que saber como articular as perguntas para que ele entenda... não o que eu quero ouvir, mas qual é realmente o sentido daquela pergunta [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] acho que seria natural, que faz parte dependendo do que tu vai falar com o paciente isso vem assim no momento... só no conversar com eles vêm [...]” (Nossa Senhora Aparecida)

“[...] tem que preparar as pessoas, não sei se pela sobrecarga, o cuidador não está preparado para isso, desde a formação não está preparado para entender que o paciente e o familiar, porque não dá

mais para separar, precisa desse lado (espiritualidade)... a gente ainda é muito técnico, tem que começar pelo cuidador, desde a formação e depois com capacitações [...] (Nossa Senhora da Conceição)

“[...] acho que é importante trabalhar com a enfermagem, mas o profissional não está ali para doutrinar, está para respeitar e trabalhar com o que a pessoa tem de recursos internos, falar no canal de comunicação da pessoa porque o conforto é para ela. Eu sou profissional, o raciocínio é meu, eu tenho que estar entendendo que toda aquela agonia, aquela angústia, aquilo ali é do momento do paciente, é daquela família e o meu papel ali é entender e auxiliar na questão do conforto. [...]” (Nossa Senhora das Graças)

6.4.5 Limitando o cuidado pelas crenças pessoais, organizacionais e religiosas

Nesta subcategoria são explicitadas as limitações do cuidado espiritual na opinião das participantes, as quais foram descritas como falta de sensibilidade às crenças dos pacientes e familiares por estas serem diferentes daquelas professadas pelos membros da equipe de saúde ou ainda pela desvalorização da espiritualidade pelos profissionais. Além disso, em alguns ambientes de cuidado, como bloco cirúrgico e unidades de terapia intensiva, a aparente desvalorização da espiritualidade, na opinião das participantes, também pode estar associada à dinâmica de trabalho do local.

O retardo em atender a uma necessidade espiritual também pode estar associado à dificuldade da família em solicitar o cuidado religioso, pois este, tradicionalmente, é associado com a proximidade da morte. Uma das participantes destaca que algumas religiões culpabilizam os familiares em um momento extremamente vulnerável e dificultam o lidar com o sofrimento.

“[...] Um dos impedimentos é o que a pessoa acredita ou não, acaba prejudicando seu raciocínio clínico e impedindo que se trabalhe a espiritualidade no paciente [...]percebo que, muitas vezes, não é uma prioridade, depende do raciocínio clínico da enfermeira, se ela não considerar como prioritário vai ficando até um determinado momento que o próprio paciente ou familiar solicita. Quando isso já poderia ter sido trabalhado antes.” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] É a desvalorização dessa questão espiritual por não terem isso presente no seu dia a dia [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] Eu acho que sim, as escalas muito pesadas, às vezes tu mal tens tempo para fazer as tuas coisas... tem dias que tu não tempo de conversar... olhar no olho do paciente, olha eu estou aqui para te ajudar, então às vezes é tanta correria que tu não consegues, então é um impedimento [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] Acho que o preconceito, eu vejo às vezes falar em espiritualidade, a pessoa já pensa que... eu lembro de um filho de uma paciente que eu perguntei: - qual é a religião, tu não quer chamar alguém? E ele: - não, é que a mãe pode achar que a gente já está tipo antecipando [...]”
(Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] O impedimento do enfermeiro, nesse sentido, é não deixar suas crenças influenciarem... não enxergar a necessidade do outro [...]”
(Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] depende das crenças de cada profissional, se aquilo está introjetado na tua vida ou não, aí então tu não utilizas, mas seria um impedimento, uma vontade individual julgar que isso é importante [...]”
(Nossa Senhora da Penha)

“[...] tem algumas religiões que não ajudam mesmo, a criança está morrendo, entram ali e dizem vou operar um milagre, teu filho vai levantar, isso assim, ou então de dizem para a mãe, teu filho está doente porque a culpa é tua, porque tu és uma mulher de pouca fé. [...]”
(Nossa Senhora da Glória)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual**, apresentam-se códigos e subcategorias no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 - Categoria Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual, códigos e subcategorias

Códigos	Subcategorias	Categoria
Advogando pelo paciente. Ampliando a permanência da família com o paciente que está morrendo. Respeitando as religiões. Advogando em prol da própria profissão. Defendendo a espiritualidade (pela enfermagem). Respeitando a privacidade do paciente.	Advogando os direitos do paciente e em prol da profissão	Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual
Conversando para reduzir o medo. Conversando sobre o que o paciente acredita. Dando informações e opções para o paciente. Identificando as crenças e as necessidades espirituais do paciente e família. Oferecendo um apoio, um abraço.	Conversando sobre espiritualidade	
Mudando a visão dos cuidados paliativos. Orientando a família para expressar seus sentimentos com o paciente que está morrendo. Respeitando o momento do preparo do corpo. Tendo compaixão com o paciente e seus familiares. Tendo respeito pelo paciente que está morrendo.	Cuidando no processo de morte e morrer	

Quadro 12: conclusão

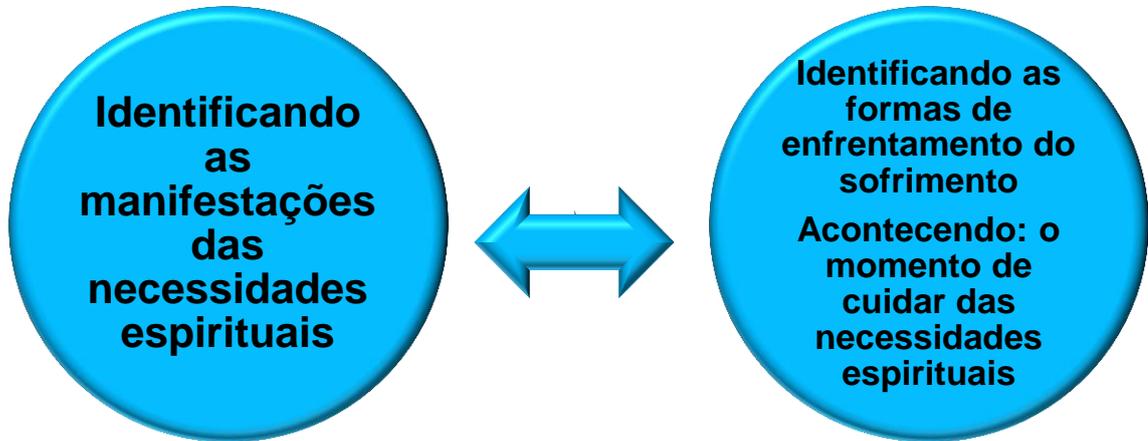
<p>Abordando a espiritualidade mesmo que a espiritualidade do profissional não seja desenvolvida. Articulando as perguntas de forma que o paciente compreenda. Carecendo de preparo para abordar a espiritualidade. Dando a abertura para discussão do tema espiritualidade. Dependendo das crenças do profissional para valorizar a espiritualidade. Desenvolvendo habilidades para investigar sobre crenças e valores. Desvalorizando a espiritualidade do paciente. Entendendo que a história é dele (do paciente) e não minha. Existindo carência em relação às enfermeiras muito envolvidas com papéis. Faltando informação. Incluindo a espiritualidade na formação dos enfermeiros. Lembrando da espiritualidade no adoecimento. Lembrando do direito do paciente a ter sua crença respeitada. Percebendo como natural (o papel da enfermagem no cuidado espiritual). Priorizando a espiritualidade no cuidado</p>	<p>Preparando a equipe de enfermagem</p>	
<p>Limitando devido às crenças dos profissionais. Limitando pelas características de algumas religiões que culpabilizam o paciente e família. Limitando pela ideia da família que solicitar auxílio espiritual é antecipar a morte. Limitando pelo tempo. Limitando pela prioridade nos procedimentos invasivos. Limitando o tempo de permanência do familiar devido à estrutura física. Limitando pela falta de abertura para utilização de práticas integrativas.</p>	<p>Limitando o cuidado pelas crenças pessoais, organizacionais e religiosas</p>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.5 Identificando as manifestações das necessidades espirituais

Na quarta categoria **Identificando as manifestações das necessidades espirituais** e suas subcategorias (Figura 9), encontram-se as diversas manifestações das necessidades espirituais e os momentos nos quais são identificadas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem.

Figura 9 - Quarta Categoria: **Identificando as manifestações das necessidades espirituais**



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.5.1 Identificando as formas de enfrentamentos do sofrimento

As participantes descreveram as manifestações das necessidades espirituais e demonstraram sensibilidade em perceber as expressões do sofrimento espiritual, as quais podem manifestar-se de formas diversas.

“[...] eu observo a forma como enfrenta teus problemas pessoais é a mesma forma como vais lidar com a tua dor, principalmente a dor física. Muitas vezes a dor é uma dor da alma, que é manifestada assim quando pede muito remédio, o grau de angústia espiritual das pessoas é muito grande, e se manifesta pelas inúmeras vezes que a pessoa te chama para perguntar determinadas coisas [...] às vezes é um choro que não é da dor [...] quando o paciente está muito irritado, muito agressivo, quando não aceitam assim os cuidados [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] Normalmente quando o paciente está ansioso, quando aquela dor não passa, não é uma dor física, é uma dor que está se exteriorizando [...] quando ele começa a se deprimir, não querer mais nada, desistiu dos cuidados [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] ele está entrando no corredor ali, ele fica muito agitado, naquele momento eu acho que ele precisa... está pedindo, não em palavras, porque ele não consegue falar [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] Acho que em momentos de sofrimento, ansiedade, um estresse maior, a gente vê que aquela família está desestabilizada e que alguma coisa precisas fazer, e não é só o tratamento, só o que está prescrito e não é só o cuidado de enfermagem propriamente dito [...]” (Nossa Senhora da Penha)

“[...] dificilmente a criança vai te perguntar: eu vou morrer? Ela vai te dizer: – tenho medo de ficar sozinho, de ter dor... cada um de nós tem um medo com relação a isso, medo do desconhecido, medo do escuro, a gente não deixa sozinho, não deixa com dor [...]” (Nossa Senhora da Glória)

6.5.2 Acontecendo: o momento de atender às necessidades espirituais

Nesta subcategoria, as participantes descreveram os momentos nos quais identificam e buscam atender às necessidades espirituais dos pacientes e seus familiares.

“[...] no momento dos cuidados paliativos é o momento que vem mais fundo assim [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] antes da anamnese, começa no acolhimento porque no nosso setor a gente acolhe a família antes, e quando eles vêm, a gente faz uma abordagem em relação ao estado atual do paciente, ao prognóstico, perspectivas e ali já vem, ali já entra essa questão da espiritualidade [...] quando o paciente fica mais grave... aí a família quer o padre, o pastor [...]” (Nossa Senhora das Graças)

“[...] momento está lá esperando para entrar num bloco cirúrgico ou para fazer qualquer internação, a partir da abordagem que é feita, isso faz com que tu penses [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] são pequenas falas assim dos pacientes, principalmente no momento da indução: que Deus esteja com vocês na cirurgia; cuidem bem de mim, cuida bem da minha filha; que Deus acompanhem vocês na cirurgia [...]” (Nossa Senhora do Carmo)

“[...] Acho que quando estão (os familiares) muito desesperados, a hora de decidir se o paciente é terminal ou não [...]” (Nossa Senhora da Conceição)

“[...] no momento dos cuidados paliativos é o momento que vem mais fundo assim porque até então está se apostando todas as fichas e tal, e ali vem o questionamento de novo [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] no dia a dia porque as coisas mudam muito rápido no (CTI). Muitas vezes, a vinda daquele mentor é mais importante do que qualquer outro cuidado para o paciente e a família [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] (quando) estão necessitando daquela palavra de conforto, algum rito e, em situações assim mais críticas, de um diagnóstico que não surgiu ainda ou de uma criança que está desenganada, de uma situação arrastada e que não está se vendo uma resolução muito rápida, mas muito mais quando essas pessoas já têm um vínculo com

uma religião assim, que a gente percebe que é solicitado [...]” (Nossa Senhora da Penha)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Identificando as manifestações das necessidades espirituais**, apresenta-se os códigos e subcategorias no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 - Categoria Identificando as manifestações das necessidades espirituais, códigos e subcategorias

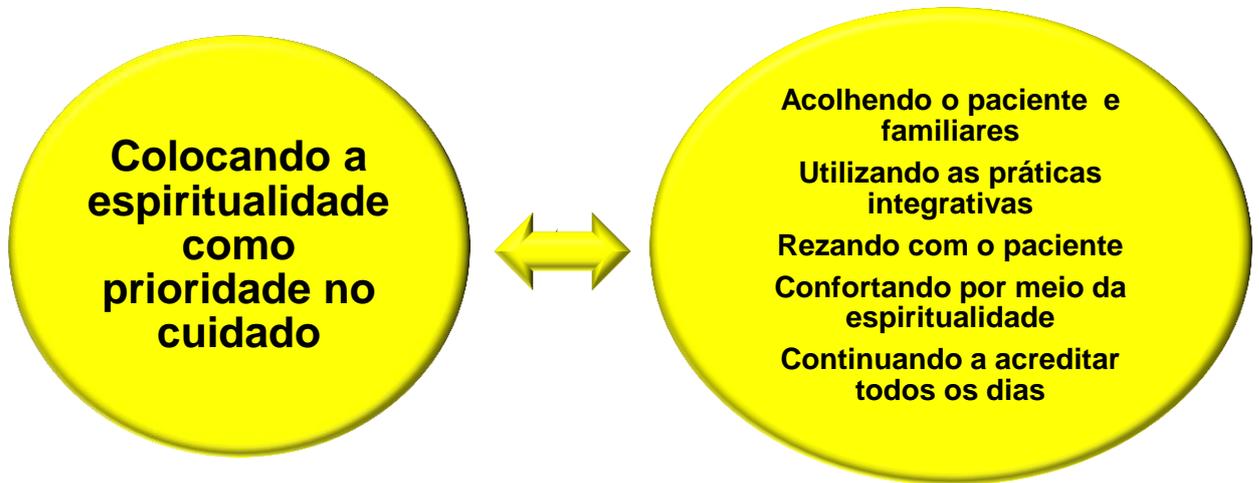
Códigos	Subcategoria	Categoria
Apresentando agitação, desconforto, agonia. Apresentando angústia espiritual. Diferenciando os tipos de choro dor, alívio, angústia, solidão ou sentir-se ofendido. Diferenciando a dor da alma. Evitando os cuidados. Ficando irritado, agressivo. Ficando quietos. Identificando a forma de enfrentamento dos problemas pelos pacientes. Pedindo proteção divina para a equipe cirúrgica. Referindo medo. Referindo medo de sentir dor. Referindo medo do desconhecido. Referindo medo do escuro, de ficar sozinho. Repetindo as perguntas. Solicitando atenção constante.	Identificando as formas de enfrentamento do sofrimento	Identificando as manifestações das necessidades espirituais
Começando antes do procedimento. Começando no acolhimento. Esperando para entrar em um bloco cirúrgico. Acontecendo nas situações mais críticas. Acontecendo quando o paciente fica mais grave. Acontecendo no momento da indução (anestésica). Acontecendo quando estão muito desesperados. Acontecendo no momento dos cuidados paliativos. Acontecendo quando o paciente está ansioso. Acontecendo quando o paciente começa a não querer mais nada. Acontecendo quando o paciente fica muito agitado. Acontecendo quando aquela dor não passa. Acontecendo no dia a dia. Acontecendo no momento que a família quiser. Acontecendo no CTI.	Acontecendo: o momento de atender às necessidades espirituais	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.6 Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado

A categoria **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado** e suas subcategorias estão descritas, a seguir, na Figura 10.

Figura 10 - Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.6.1. Acolhendo o paciente e seus familiares

Nesta subcategoria, as enfermeiras e técnicas de enfermagem destacaram a importância da formação do vínculo com a família, a qual é esquecida em razão da gravidade do quadro do paciente e das características físicas do ambiente. Contudo, em alguns cenários de cuidado, como o da unidade de Cuidados Paliativos, a família é parte fundamental no cuidar. As participantes compartilharam suas experiências de acolhimento e as atitudes de empatia e compaixão no seu fazer enfermagem e demonstraram em suas falas a preocupação em preservar os objetos de devoção trazidos pelos familiares a fim de promover conforto espiritual.

“[...] Na área do CTI se conversa sobre isso (suporte religioso), durante a internação. existe uma relação de confiança[...] que possam vir fora de horário das visitas, ampliamos os horários para que a família possa ficar o tempo todo junto com o paciente .Há privacidade, se fecha a cortina, deixa a família ficar com o paciente e o mentor religioso [...] os familiares e os pacientes gostam muito de trazer santinhos, terço, fotografia, panos abençoados que se deixa nos travesseiros...cuidamos para não tirar [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] Eu acho que você estar junto na hora do falecimento do paciente é muito importante. Proporcionar que a família fique junto com o paciente. Não priorizar técnicas e procedimentos invasivos, ao invés do cuidado espiritual. Proporcionar que traga objetos pessoais que ele acredita que dão força. Buscar atendimento, quando ele solicita, para que ele possa ter sua necessidade resolvida [...]” (Nossa Senhora de

Lourdes)

“[...] uma coisa que faz parte do meu trabalho, da minha vida é a compaixão, acho que a gente tem que saber se colocar no lugar do outro, não vai sentir da mesma forma que a família está sentindo, mas o mínimo que pode é oferecer um apoio, oferecer um abraço, lá eu sempre abraço os meus familiares [...] eles também estão fragilizados, não é só o doente, às vezes esquece de olhar a família [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] O budismo tem duas coisas a visão... o amor está relacionado com a visão e a compaixão com as mãos... é através da lente que colocas nas coisas, que vais conseguir executar o teu trabalho, então... nós trabalhamos muito com as mãos e é através da lente que tu colocas que vais saber o que fazer naquele momento. Às vezes é uma coisa prática, às vezes é só se mostrar presente, mas a compaixão te tira a pena, ela não diminui a pessoa, ela te coloca de igual... são transformações de pequenos momentos que tens com as crianças, suas famílias, com menos dor, não se sintam sozinhos, que se sintam acolhidos, é esse o meu trabalho [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] hoje ainda eu fiz isso com uma mãe... tu estás correndo... mas aí tu chega, chama o time (equipe de urgências), a tirei do quarto, alcancei um copo da água e disse: – vamos rezar... reza só no pensamento, eu não sei no que a senhora acredita, mas eu acredito em Deus, a senhora acredita em Deus? – Acredito! Vamos rezar, enquanto ele for para o exame, a senhora vai sentar lá na capelinha lá em baixo e vai pensar, pensa no que a senhora acredita e as coisas vão se resolver, não sei se para melhor ou para pior, mas conforme Deus vai organizar[...]” (Nossa Senhora da Conceição)

6.6.2 Utilizando práticas integrativas

Nesta subcategoria, as participantes descreveram os momentos e modos utilizados para agregar as práticas integrativas ao cuidado de enfermagem. Dentre as práticas, destacaram-se o Reiki e a massagem, ainda que realizadas de forma velada pelo receio da má interpretação do seu uso no ambiente hospitalar.

“[...] já apliquei Reiki neles assim ou por dor, ou por não conseguir dormir quando eles me chamam, quando eles vão fazer algum procedimento eu faço uma oração também [...] ensinando exercícios de relaxamento, alguma coisa da minha prática budista, usar música, fazer uma oração [...] então quando eu entro, na chegada e faço a minha oração, eu acredito que eu estou bem acompanhada[...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] eu fico um pouco tímida assim, mas o Reiki eu acabo aplicando no coronário, no cardíaco, eu peço permissão, em silêncio e só todo no cardíaco principalmente [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] divulgar as terapias (integrativas) também como outra forma de cuidado, eu não vejo nada de mal nisso, na realidade isso precisa ser mais falado, exatamente para trazer como linha de frente essa nova possibilidade [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...]a massagem quando se tem tempo, porque em UTI é bem complicado, enquanto faz a massagem ficas conversando com ele, às vezes ele não vai..., mas o subconsciente dele vai gravar. Converso do mesmo modo, às vezes e digo: olha, vamos lá, Deus está aqui contigo, tu tens vontade de viver, vamos lá... acho que a gente tem que ter fé, eu falo muito da fé, não importa no que a pessoa acredite, importa que ela acredite que vai melhorar, isso é muito importante [...]” (Nossa Senhora dos Navegantes)

“[...] Eu tive uma situação, uma vez de um paciente muito mal... eu fechei a cortina e fui fazer Reiki nele... fiquei quietinha do lado dele, ele estava muito agoniado...fechei a cortina e fui fazer o Reiki [...]” (Nossa Senhora da Conceição)

6.6.3 Rezando com o paciente

Nesta subcategoria, as enfermeiras e técnicas de enfermagem relataram as práticas de oração com os pacientes e familiares, os sentimentos vivenciados e os efeitos evidenciados.

“[...] Já aconteceu até de rezar junto. Fazer oração de mãos dadas. Então, eu acho que esses são alguns exemplos que me lembro que podem fazer diferença no cuidado espiritual [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] às vezes eu faço uma oração, pergunto para o paciente se ele já rezou hoje... quando saem os familiares eu convido vamos fazer uma oração, se tenho a oportunidade de ficar sozinha é o momento que eu converso com o paciente, Deus está junto! Se eu não consigo fazer isso, se o familiar não sai de perto, eu faço ali fora, mas aquele momento que ele está chegando ali naquela finaleira é o momento que eu acho que ele precisa se conectar [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] já rezei em CTI, rezei num procedimento por (o paciente) estar com muita ansiedade, medo do que poderia acontecer... fazer uma oração, pedir para que Deus guie as mãos do médico, que vai dar tudo certo, para ficar tranquilo se acalmar e rezar junto [...]” (Nossa Senhora Aparecida)

“[...] a família veio e perguntou: alguém pode fazer alguma coisa para ajudar? A gente (equipe de enfermagem) pegou a mão da família, do paciente, nós rezamos, parece que tudo tranquilizou...[...]. Uma vez eu tive um paciente que estava com a sonda obstruída, não achava a Uro (a equipe médica), eu disse para ele: bom eu vou lhe medicar e vou tentar desobstruir essa sonda, mas eu vou lhe pedir: vamos rezar? Ele disse: rezar como? Reza, como o senhor aprendeu a rezar quando era criança. Posso rezar em voz alta? Pode! Aí, o médico (surpreso)

conseguiu? E ele (o paciente) disse: nós rezamos doutor! [...]” (Nossa Senhora da Conceição)

6.6.4 Confortando por meio da espiritualidade

Nesta subcategoria, as participantes relataram as formas utilizadas para confortar e compreender a dor vivenciada pelos pacientes e familiares. Além disso, perceberam que o sofrimento pessoal pode oferecer subsídios ao cuidado das necessidades espirituais no adoecimento.

“[...] a dor não vai aliviar porque a dor da perda é a dor da perda, mas dá um conforto, acho que pode se dizer assim essa questão da espiritualidade dá um conforto, a dimensão é transcendente, sai do corpo, perpassa a morte... o amor ele passa pela morte, tu não vais perder a pessoa ali, não vai encerrar tudo... quem tem essa crença, dá um conforto, um alento [...]” (Nossa Senhora das Graças)

“[...] É, sabe é ruim (dois pacientes foram a óbito no mesmo momento) para a enfermagem... tens que parar, acolher um familiar porque tinha um familiar que estava muito tranquilo, o outro não, mas enfim..., aquele ato de acontecer as duas ali, quase juntas (elas haviam internado no mesmo dia), em questão de meia hora, a gente não esperava que fosse... é uma benção aquilo, para mim me senti privilegiada de estar ali, naquele momento e fazer parte daquilo, então é mais leve quando a gente consegue ver assim [...]” (Nossa Senhora Mãe de Deus)

“[...] Interessante, teve uma situação de uma pessoa que trabalhou comigo (técnico de enfermagem) em uma situação (perda de um familiar), ela desmoronou e depois no manejo com o paciente, essa pessoa falou palavras tão profundas, que, sem dúvida, aquela bagagem de sofrimento que ela passou auxiliou no cuidado do familiar que estava perdendo uma pessoa amada, foi uma surpresa para mim, ver a maneira como essa pessoa manejou com a família... ela cresceu com o sofrimento.[...]” (Nossa Senhora das Graças)

6.6.5 Continuando a acreditar todos os dias

Nesta subcategoria, as enfermeiras e técnicas de enfermagem relataram as formas de acolhimento pelas quais buscam transformar os momentos de dor de forma a aliviar o sofrimento dos familiares. Nos depoimentos, percebeu-se a preocupação em estimular a resiliência dos familiares nos momentos em que os pacientes apresentaram agravamento do seu quadro. Além disso, aproveitaram o momento de cuidado para relembrar as crenças dos pacientes, seus objetivos e desejos de modo a atribuir um novo significado ao adoecimento.

“[...]é mais fácil tolerar quando tem um significado... a resposta do porquê aconteceu agora do porquê está acontecendo com ele ou com vocês, essa resposta não vai ter agora, se te pegares nesses questionamentos, vais só fortalecer a raiva, não vai conseguir nem cuidar do teu filho, ele está aqui, ainda não morreu, precisa de ti, então tem que pular essa parte e vamos cuidar [...] quando eles (as crianças e adolescentes) estão próximos da morte, eles não têm a coisa pesada, espiritualmente vêes que eles estão se libertando do sofrimento físico mas também de coisas que eles tinham que liberar [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] mas pela fé que eles tinham, acreditaram fielmente que o menino havia sido liberado do sofrimento, acho que isso é o grande, a gente não precisa botar um plus no sofrimento das pessoas, podendo ressignificar e mostrar que existe um caminho depois [...]” (Nossa Senhora da Glória)

“[...] E trabalhar em cima disso no dia a dia. Porque eles desanimam muito. Deixam de acreditar [...] Eu converso muito sobre as coisas que eles acreditam. E que é importante a pessoa valorizar isso para lidar com o momento difícil... eu pergunto: – o que você acredita? Muitas vezes, aquilo que o paciente acredita é o que dará força para seguir lutando. Então, eu relembro e procuro trabalhar com isso todos os dias, nas minhas conversas [...]” (Nossa Senhora de Lourdes)

“[...] isso não é para sempre é um período x que tu vais passar... pensa o que estás almejando, qual o propósito que tens quando sair de todo esse tratamento, o que te aguardas lá fora, deve ter alguém que tu gosta muito, um objeto, bicho, alguma coisa tu amas, e eu sempre procuro falar sem vergonha sobre o sentimento do amor [...] porque a partir do momento que tu consegues trazer o sentimento da amorosidade, da compaixão ela vai mudar o pensamento em relação a ela e a tudo, [...] mas eu sempre procuro instigar depois do que passar aqui o que vais fazer? [...]” (Nossa Senhora de Fátima)

“[...] no cuidado paliativo a gente libera as visitas porque o óbito pode acontecer a qualquer horário e a pessoa está sozinha ali, então no tratamento inteiro que é longo, cansativo, é muito a mãe que está ali, então se tu não tiveres um olhar mais específico para ajudar a enfrentar aquilo, é todo mundo ajudando a enfrentar uma situação, tanto a mãe quanto a criança, então isso transforma, sem dúvida alguma transforma[...]” (Nossa Senhora da Glória)

Procurando dar visibilidade ao processo de construção da categoria **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado**, apresenta-se os códigos e subcategorias no Quadro 14, a seguir.

Quadro 14 – Categoria Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado, códigos e subcategorias

Códigos	Subcategorias	Categorias
Buscando atendimento espiritual quando o paciente solicita. Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado. Conhecendo o paciente no dia a dia. Conversando com os pacientes sobre espiritualidade. Cuidando da alma do paciente e da própria família. Cuidando dos objetos religiosos. Perguntando se tem alguma coisa que pode auxiliar com base nas crenças do paciente/família. Possibilitando a realização das práticas religiosas. Respeitando e valorizando as crenças do paciente. Tendo conversas voltadas para a espiritualidade. Dando uma atenção maior. Evitando deixar sozinho (criança/adolescente). Formando vínculos com a família. Lidando com aquela situação com mais paciência. Mobilizando os recursos internos da pessoa. Neutralizando alguma situação estressora. Percebendo a expectativa do paciente ao que está acontecendo naquele momento. Realizando a escuta Tendo compaixão. Tendo um pouco mais de carinho. Tentando confortar. Tirando as dúvidas. Trabalhando no que ele acredita.	Acolhendo o paciente e familiares	Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado
Aplicando o Reiki no coronário. Divulgando as terapias (integrativas). Ensinando exercícios de relaxamento, alguma coisa da minha prática budista. Realizando massagem quando tem tempo. Usando o Reiki no paciente que está agitado.	Utilizando práticas integrativas	

Quadro 14: conclusão

<p>Pedindo para que Deus guie as mãos do médico. Perguntando para o paciente se ele já rezou. Pedindo permissão em silêncio. Rezando com o paciente. Rezando, antes e durante o procedimento para diminuir o medo.</p>	<p>Rezando com o paciente</p>	
<p>Auxiliando o outro a partir da experiência pessoal com o sofrimento do familiar. Compreendendo que a dor não vai aliviar porque a dor da perda é a dor da perda. Confortando por meio da espiritualidade, a dimensão é transcendente, perpassa a morte. Fazendo da melhor forma possível, com menos dor, que eles não se sintam sozinhos. Preparando para lidar com o que vai acontecer. Sentindo o privilégio de estar naquele momento.</p>	<p>Confortando por meio da espiritualidade</p>	
<p>Continuando a acreditar todos os dias. Dizendo que a doença, o tratamento não é para sempre. Enfraquecendo a raiva para poder cuidar. Evitando sofrimento adicional. Indagando ao paciente sobre seus propósitos quando terminar o tratamento. Mostrando que não precisa ficar preso à doença. Relembrando o que o paciente acredita. Tolerando melhor quando tem um significado. Transformando pequenos momentos com as crianças e suas famílias. Conversando com a família sobre os desejos do paciente. Conversando com o paciente inconsciente. Relembrando aquilo que ele (o paciente) acredita. Relembrando as coisas que fazia nos momentos difíceis.</p>	<p>Continuando a acreditar todos os dias</p>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Da integração das Categoriais e subcategorias emergiu a Categoria Central **RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO** e permitiu a construção do Modelo de Cuidado que expressou os significados acerca da espiritualidade e as ações e resultantes ao cuidado de enfermagem prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento, descrito a seguir.



Fonte: <http://www.fotolog.com/oracoes/>

Nossa Senhora de Lourdes

Ressignificando o Adoecimento
(RESA) – Modelo de Cuidado
Espiritual

7 COMPREENDENDO O RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO (RESA) - MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL

A compreensão dos significados atribuídos à espiritualidade pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem e os modos pelos quais os exercitam em sua vida revelaram-se um desafio e um prazer no caminho para a construção deste Modelo de Cuidado Espiritual.

A proximidade com as participantes favoreceu que se sentissem à vontade em partilhar suas experiências de vida, que se revelaram de uma riqueza ímpar nos aspectos pessoais e compromisso com o fazer enfermagem voltado para atender o paciente e sua família, em seus aspectos biopsicossociais e espirituais.

Os desafios diários vivenciados pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem tornaram-se estímulo para desenvolverem formas criativas de cuidar e as impeliram a buscar reforço em suas crenças e práticas espirituais de modo a superar os obstáculos. A emoção presente em seus relatos foi contagiante e demonstrou que é possível agregar a espiritualidade ao cuidado de enfermagem nos diferentes cenários.

O Modelo de Cuidado Espiritual foi delineado a partir dos pressupostos, ações e resultantes das ações identificadas com base nas experiências e vivências das enfermeiras e técnicas de enfermagem. E possibilitou compreender a forma pela qual a experiência de vida das participantes nas diferentes vertentes religiosas, embasada nos valores familiares e na busca pessoal por respostas, conduziu gradativamente à incorporação da espiritualidade às suas práticas.

Nos relatos das participantes, a espiritualidade esteve presente desde cedo em suas vidas, estruturada a partir das experiências e valores familiares que foram sofrendo alterações ao longo do tempo. A compreensão apontou que a espiritualidade é a primeira necessidade humana, interliga o corpo, mente e a psique, estabelece uma conexão com tudo, todos e o divino e, assim, guia o cuidado de si e do outro.

Os significados, símbolos e ações do cuidado espiritual podem se apresentar de formas diferentes para as enfermeiras e técnicas de enfermagem, contudo foram estruturados a partir da interação com outro, seja a família, seja a sociedade. Assim, a linguagem empregada pelas participantes demonstrou o significado atribuído à espiritualidade como fonte de segurança, conforto, consolo e serenidade. Desse

modo, a linguagem expressou em seu simbolismo a descrição dos objetos abstratos (fé, religião, crenças) e aquilo que foi direcionado para o outro na interação social (BLUMER, 1969; CHARON, 2007).

Em **Situando a espiritualidade**, a narrativa das vivências das participantes demonstrou que a espiritualidade foi construída inicialmente na família por meio da herança religiosa dos pais e avós. Todavia, em alguns casos, foram os amigos ou familiares mais distantes que propiciaram o contato com outras religiões e experiências de natureza espiritual e, dessa forma, foram sendo elaboradas as compreensões sobre o que é espiritualidade.

As enfermeiras e técnicas de enfermagem descreveram como as suas crenças estruturadas a partir das suas vivências na espiritualidade oportunizaram descobrir suas próprias verdades, acreditar no que faz bem, seja por meio de uma religião ou atividade que traga bem-estar, que, enfim, as ajude a serem pessoas melhores. Desse modo, caracteriza-se a *natureza da ação humana* na qual o ser humano confronta o mundo e o interpreta para agir (BLUMER, 1969).

O autoconhecimento também motivou a busca para descobrir o significado da vida e a transcendência para assim desenvolver a espiritualidade embasada em outros saberes adquiridos ao longo da vida.

Chung, Wong e Chan (2007) concluíram que a busca contínua pelo autoconhecimento e a conexão com uma dimensão transcendente podem propiciar satisfação com esta completude, bem como capacitar para cuidado espiritual.

As participantes aludiram à espiritualidade como uma necessidade humana fundamental em suas vidas para o cuidado de si e dos outros e ainda a descreveram com um elo que interliga o ser com o todo. Entenderam que independente da natureza das crenças, a espiritualidade pode ser fonte de força, serenidade e segurança no enfrentamento dos desafios e está incorporada em suas vidas, sendo exercitada diariamente.

O modo como a espiritualidade estruturou suas crenças, independente de afiliação religiosa, foi descrito como fonte de uma sensação de bem-estar e compõe seus hábitos diários.

O exercício da enfermagem foi decisivo no aprimoramento desses conceitos, pois o sofrimento vivenciado, diariamente, fortaleceu a necessidade das participantes de buscarem outras formas de conforto para si e os outros por meio da espiritualidade.

Na compreensão do metaparadigma **Ser humano**, as participantes também representam este ser multidimensional (físico, emocional, social e espiritual) que é cuidado e cuida, com crenças e valores influenciados pela sua cultura. A família compõe o universo do ser humano que é cuidado. Ambos possuem expectativas e necessidades que buscam ser atendidas.

Na enfermagem, cuida-se também com a perspectiva de que, em algum momento do ciclo vital, os profissionais ou seus familiares podem necessitar de cuidados e, em geral, essas experiências fazem com que se perceba o exercício da enfermagem sob outra perspectiva ao valorizar pequenos gestos e desenvolver um olhar amoroso no exercício da profissão.

Dentre os metaparadigmas que sustentam o Modelo, tem-se o da **Enfermagem** como a profissão que possui em sua essência o cuidar do ser humano na sua integralidade da concepção até a morte, com conhecimentos técnicos, éticos e estéticos, os quais fundamentam suas práticas. A enfermagem é exercida pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com as suas crenças e valores, e é influenciada pela cultura dos diferentes cenários de cuidado. Este conceito apesar de ter sido elaborado, previamente, pela pesquisadora obteve amparo nos depoimentos das participantes e estruturou as categorias mostradas a seguir.

Em **Exercitando a espiritualidade na vida**, as enfermeiras e técnicas de enfermagem relataram as suas práticas espirituais e em comum todas possuíam o catolicismo como raiz, apesar de não frequentarem a Igreja há muito tempo, ainda mantinham sua devoção aos santos.

Em suas trajetórias de vida, as participantes relataram conhecer diferentes religiões, mas que foram criando seus próprios rituais nos quais houve predomínio dos fundamentos do espiritismo expresso em várias das falas. O budismo também contribuiu para embasar o modo de viver e fazer enfermagem de uma das participantes. Além disso, o Reiki surgiu como uma prática de imposição de mãos apreendida durante a realização de cursos, mas que também ofereceu uma oportunidade de reflexão e redirecionamento dos seus conceitos de vida.

A oração tem sido fonte de força e é realizada em diferentes momentos do dia e também com os pacientes e familiares sempre que entenderam necessário. O respeito pelas crenças dos pacientes e familiares foi uma constante em suas falas. O exercício da espiritualidade proporcionou, segundo as participantes, articular

situações, conflitos e angústias pessoais, aprimorar a capacidade de ouvir e a intuição.

As experiências, crenças e valores pessoais, familiares e profissionais compõem o fazer enfermagem das participantes a partir da interação social, apesar da ilusão da proclamada neutralidade profissional.

As maneiras de praticar sua espiritualidade foram descritas pelas participantes como a realização de cursos, participação em atividades religiosas, prática diária de oração, desenvolvimento das habilidades de escuta, empatia e tolerância. Essas ações, segundo Blumer (1969), denotam a capacidade do indivíduo em realizar escolhas para si mesmo e distinguir sua ação, e assim reinterpretar as informações acerca de crenças advindas da família.

A espiritualidade para as enfermeiras e técnicas de enfermagem é a parte da sua vida que guia seus comportamentos de modo a fortalecê-las e a conduzir o seu pensar e fazer. Por consequência, sobrevém o respeito pelas crenças e valores dos pacientes e familiares, e a comunicação ocorre dentro do nível de compreensão de ambos. Isto caracteriza o processo da interação social, a qual considera na organização das nossas ações as opiniões dos demais (CHARON, 2007).

Ao conceber a espiritualidade como parte do cuidar, faz-se necessário exercitá-la, questionando e ponderando sobre o sentido da vida, que traz motivação enquanto humanos e auxilia a manter a saúde mental positiva e a integridade, mesmo que em situações adversas (GOMES, 2011).

A compreensão do modo como os enfermeiros e técnicos constroem sua prática é o “*assumir o papel do outro*”, no sentido de entender o modo de oferecer o cuidado espiritual em consonância com o desejo, crenças e os valores dos pacientes e seus familiares.

A conduta ética, o cumprimento dos deveres sociais de auxílio ao próximo e a valorização da intuição também foram associados ao desenvolvimento da espiritualidade. Assim, temos o *self* em sua fase *mim* atuando no mundo, ao conduzir sua interação com os outros (BLUMER, 1969).

Estudo realizado em unidades de cuidados intensivos e coronarianos identificou que as enfermeiras com níveis de percepção sobre a espiritualidade e o cuidado espiritual de moderados a favoráveis apresentaram um grau adequado de competência para prover esse cuidado. Também foi encontrada uma correlação significativa entre o bem-estar espiritual e atitude para com a espiritualidade e

competência para o cuidado espiritual (AZARSA et al., 2015). Desse modo, os indivíduos que possuem clareza em relação aos fundamentos e exercício da própria espiritualidade tendem a valorizar e sentirem-se em condições de abordar o tema com os pacientes.

Apesar da formação em enfermagem predizer que o cuidado de enfermagem deve possuir um olhar para o ser em seus aspectos biopsicossociais e espirituais, ainda persistem os desafios para um cuidar que apresente esse alcance.

Em **Percebendo o papel da equipe de enfermagem**, as participantes destacaram o de advogar os direitos dos pacientes na busca por respeito às suas crenças e pela profissão no seu esforço em cumprir o seu papel, os quais ainda são desafios diários no exercício da enfermagem. Além destes, tem-se a superação das dificuldades em abordar a espiritualidade no ambiente hospitalar associadas às resistências de alguns profissionais ou pelo acúmulo de tarefas burocráticas.

O impacto das ações de cuidado dos enfermeiros é evidente sobre os resultados do paciente, além disso o ingresso da enfermagem no processo de tomada de decisão organizacional relacionada às iniciativas de qualidade e segurança dos pacientes é indispensável. Desse modo, os enfermeiros são cada vez mais impelidos a defender de forma mais eficaz, não só os pacientes, mas também a si mesmos e a profissão (TOMAJAN, 2012).

Sobressaíram nas falas a importância de conversar com os pacientes e familiares para identificar suas crenças, reduzir o medo, informando e oferecendo opções.

No processo de morte e morrer atribuíram relevância ao orientar os familiares a expressar seus sentimentos quando o paciente está morrendo, mudar a visão dos cuidados paliativos, experimentar a compaixão com o sofrimento vivenciado por pacientes e familiares e respeitar o paciente que está morrendo.

Nesses momentos, que antecedem o morrer, na fala de uma enfermeira é a oportunidade de a enfermagem manter-se próxima da família e do ser que está partindo. O cuidado de enfermagem, em especial o banho, propicia o relaxamento físico, conforto emocional e espiritual que é oferecido pelo toque. A reverência pelo momento de preparar o corpo, como o último cuidado a ser oferecido a este paciente.

As limitações para que a espiritualidade seja abordada no ambiente hospitalar foram descritas como de natureza pessoal caracterizada pela incompreensão das

crenças dos pacientes e familiares. As organizacionais pela carência de área física adequada e processos de trabalho exaustivos, com grande demanda de tarefas, dentre elas as burocráticas. E as religiosas associadas a credos que culpabilizam os familiares foram indicadas como fatores que contribuem para dificultar a abordagem do tema e utilização do apoio que a espiritualidade pode proporcionar para minorar o sofrimento.

Assim, nesse **Ambiente**, outro paradigma do Modelo de Cuidado Espiritual, tem-se o local onde o ser humano vive ou permanece durante períodos da sua vida que contempla aspectos físicos (meio urbano e rural) e não físicos (contexto social e histórico), sendo influenciado pelos aspectos culturais do grupamento humano que nele se encontra. No contexto deste estudo, é o hospital local com uma cultura própria permeada de regras de como ser e estar para todos que atuam e permanecem nesse meio. É onde o ser humano adentra em um momento de fragilidade física, emocional e espiritual, juntamente com a sua família.

O conhecimento da equipe de enfermagem para oferecer o cuidado espiritual foi apontado como preponderante. Para tanto, destacaram a importância do desenvolvimento de habilidades em questionar o paciente sobre suas crenças e valores e a valorização da espiritualidade, mesmo que o profissional não atribua relevância a esse aspecto.

Além disso, salientaram necessidade da inclusão da espiritualidade na formação profissional e continuada devido à carência no preparo dos enfermeiros e técnicos sobre o tema. O desenvolvimento da empatia, sem agregar as questões pessoais às do paciente, também foi descrito como importante na opinião dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A importância da inclusão do tema espiritualidade desde a graduação e posteriormente, por meio de cursos e capacitações, foi recomendação das enfermeiras e técnicas, de modo a preparar a equipe de enfermagem para o cuidado espiritual.

Independente das crenças individuais é essencial a valorização da espiritualidade na formação profissional, pois é notória a sua importância para os pacientes e familiares, na busca pelos meios que garantam a reorientação perante a crise motivada pelo adoecimento, bem como para grande parte dos profissionais da saúde, que fazem da espiritualidade a motivação e orientação do seu trabalho (VASCONCELOS, 2006).

Estudo por Melhem et al. (2016) identificou que embora a maioria dos enfermeiros considere o cuidado espiritual como uma competência de enfermagem, destacaram a importância de uma abordagem interdisciplinar. Esse resultado poderia estar relacionado com a complexidade da dimensão espiritual tornando difícil para a enfermagem sozinha satisfazer as necessidades espirituais dos pacientes. Esta hipótese foi corroborada por Baldacchino (2006) ao identificar que as enfermeiras reconheciam seu papel na prestação de cuidados espirituais, contudo referiram deficiência de algumas habilidades necessárias para ofertar esse cuidado.

O acolhimento aos familiares também foi destacado pelas participantes, pois a atenção fornecida ao paciente por vezes desvia o foco da família e a percepção de que ambos compõem um núcleo de cuidado, principalmente em pacientes criticamente enfermos. Ainda, enfatizaram a importância de conversar com os familiares e prepará-los para a partida de seu ente querido.

Estudo realizado com famílias de crianças e adolescentes em cuidados paliativos destacou a responsabilidade do enfermeiro em buscar elementos para conhecer os modos pelos quais as famílias buscam se reestruturar a fim de enfrentar as consequências do agravamento no quadro do paciente. Desse modo, reconhecer o sofrimento, acolher os questionamentos e realizar as orientações necessárias poderão auxiliar no retomar o equilíbrio do sistema familiar que deve ser realizado gradativamente durante a trajetória dos cuidados paliativos, de modo a repercutir na elaboração do luto após a morte do paciente (MISKO et al., 2015).

O conhecimento sobre os papéis sociais dos diferentes atores que compõem os cenários de cuidado é relevante. A família é um grupo de indivíduos em interação simbólica, em um meio diverso do seu, assumindo o papel de elo entre o paciente e a equipe de saúde, trazendo seus significados para a situação vivida. Assim, a equipe de enfermagem são os “*outros significantes*” cujo papel é o de interagir e favorecer a compreensão dos significados presentes no adoecimento e suas consequências.

Em **Identificando as manifestações das necessidades espirituais**, as participantes relataram as diversas formas de apresentação do sofrimento espiritual, as quais foram descritas como agitação, choro, ansiedade, medo (do escuro, da dor, de ficar só, do desconhecido), irritação, agressividade, desistência dos cuidados, angústia e solicitação constante de atenção. As necessidades espirituais, por vezes, confundiram-se com aspectos biopsicossociais, mas a habilidade em diferenciá-las,

bem como os momentos em que ocorreram, favoreceu com que pudessem caracterizá-las e intervir.

Nixon, Narayanasami e Penny (2013) destacaram em seu estudo que as enfermeiras foram capazes de identificar as necessidades espirituais dos pacientes e as estratégias para atendê-las, mas que ainda são necessários novos estudos para maior clareza na natureza das necessidades espirituais, em razão do sofrimento espiritual poder ser manifestar por sintomas psicológicos, como ansiedade, angústia, depressão.

Assim se manifesta a *natureza do ser humano*, ao emitir sinais para os outros (necessidades manifestas pelos pacientes) e interpretar os sinais provenientes (percepção das participantes sobre os significados destas necessidades), e a *natureza da ação humana*, a qual pode ser guiada pelo passado, motivações, emoções tanto dos pacientes como da equipe de enfermagem.

Os momentos nos quais as enfermeiras e técnicas de enfermagem identificaram as necessidades espirituais dos pacientes e familiares foram no dia a dia, quando o familiar solicitou, no momento do acolhimento, antes de procedimentos cirúrgicos ou percutâneos, quando os pacientes apresentaram agravamento no seu quadro de saúde ou o mesmo foi caracterizado como terminal e os familiares encontravam-se desesperados.

As necessidades espirituais estão presentes em todos os momentos, evidenciando-se no adoecimento. Em **Saúde e doença**, outro paradigma deste estudo, definido como um processo vivido pelo ser humano e influenciado pelas dimensões físicas (biológicas), emocionais, econômicas, sociais, culturais, espirituais e pelo meio ambiente onde o indivíduo vive. Nesse processo, alguns dos aspectos podem estar fragilizados em diferentes níveis: o ser doente no aspecto físico pode apresentar aspectos emocionais e espirituais saudáveis, os quais são fundamentais no processo de cuidado para restabelecer e/ou manter a saúde possível.

As intervenções utilizadas com este objetivo estão descritas na categoria a seguir.

O conforto, compaixão, escuta e a compreensão da dor vivenciada pelos pacientes e familiares foram algumas das formas utilizadas pelas participantes em **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado**. Além disso, destacaram a preocupação em acolher as solicitações de atendimento religioso,

respeitar as crenças e valores, priorizar a espiritualidade ao conversar com o paciente e seus familiares e ter uma atitude carinhosa para com eles.

Demonstraram o cuidado em neutralizar situações estressoras e evitar sofrimento adicional, oferecendo um novo significado para a situação vivida pelos pais, principalmente quando da piora das crianças e adolescentes. A transformação de pequenos momentos com as crianças e seus familiares também foi uma estratégia adotada para minorar o sofrimento.

Buscaram confortar e relembrar as motivações do paciente antes do adoecimento procurando conhecer as suas expectativas e trabalhando no que ele acredita diariamente.

A importância da formação do vínculo com a família foi descrita como reconhecer o familiar pelo nome e ouvi-lo, acolher e preservar os objetos de devoção e imagens do paciente que remetam a tempos melhores, como um modo de cuidar da alma do paciente e da própria família.

A utilização de práticas integrativas, como o Reiki, a massagem e o relaxamento, ainda que realizadas de forma discreta, também é descrita como eficiente na redução da ansiedade e da dor.

A prática da oração ocorreu por solicitação dos pacientes e familiares ou por iniciativa das enfermeiras e técnicas de enfermagem. A prece também foi realizada em silêncio quando percebido pelas participantes que o paciente e/ou a família necessitavam, mas não haviam manifestado o desejo.

O confortar por meio da espiritualidade ocorreu a partir da compreensão pelas participantes que a dor da perda não alivia, mas pode ser transformada quando se tem em mente que o sentimento de amor pela pessoa que está partindo transcende a morte.

As experiências dos membros da equipe de enfermagem com as próprias perdas familiares foram descritas como capazes de subsidiar o cuidado e a compreensão do momento vivido pelo familiar. Ainda, foi possível preparar a família para lidar com a piora no quadro de saúde do paciente, evitando sobrecarga de alguns familiares, favorecendo que não estejam sozinhos e tenham momentos de descanso.

O cuidado com o paciente inconsciente incluiu conversar durante as práticas de enfermagem e orientar a família para fazê-lo de modo a expressar seus sentimentos e, quando necessário, despedir-se.

A morte do paciente foi descrita como um momento especial, uma oportunidade ímpar de cuidado com o ser que está partindo. Apesar das dificuldades, é possível prestar o último cuidado com o corpo, realizar as orações e despedir-se dessa pessoa, que em muitos casos permaneceu longo tempo internada.

Estudos conduzidos com pacientes em cuidados paliativos e profissionais de saúde por Brémault-Phillips et al. (2016) e com enfermeiros por Araújo et al. (2015) identificaram necessidades espirituais e intervenções semelhantes às descritas pelas participantes deste estudo.

Nesse contexto, desvelou-se o **Cuidado espiritual**, conceito acrescido aos metaparadigmas do Modelo, e definido como o cuidado voltado a atender às necessidades espirituais nas suas diferentes manifestações, as quais podem ser identificadas e atendidas pela equipe de enfermagem sensível ao momento vivido pelo ser cuidado e sua família.

As participantes enfatizaram a importância dos pequenos e grandes gestos, a escuta e as intervenções realizadas para estimular a confiança do paciente. A preservação dos objetos de devoção e as fotos dos familiares trazem conforto e rememoram tempos mais felizes. E, assim, vivenciarem o adoecimento da melhor forma possível.

Nessa perspectiva, os objetos físicos, sociais e abstratos assumem significados diferentes, de acordo a percepção de cada indivíduo e seu meio social, e é relevante a compreensão da sua importância durante o processo de enfrentamento dos pacientes e familiares do adoecimento.

A preocupação com a espiritualidade favorece o estabelecimento da relação de confiança e ajuda, simultaneamente direcionada para as intervenções necessárias. E, ainda, que sem a pretensão de obter-se total alívio do sofrimento, pode-se amenizar o impacto deste ao situar-se, mesmo que por instantes, no lugar da vulnerabilidade humana do outro (GOMES, 2011).

E demonstrando a interação simbólica no *assumir o lugar do outro* que é responsável pelo desempenho efetivo de várias atividades, dentre elas o empatizar, auxiliar e proteger (CHARON, 2007).

A utilização de práticas integrativas, como o Reiki, massagem e relaxamento, foi incluída pelas participantes dentre as intervenções passíveis de aliviar o sofrimento físico, psíquico e espiritual.

Freitag, Andrade e Badke (2015) a partir da realização de revisão integrativa

da literatura concluíram que a prática de Reiki foi efetiva na diminuição da ansiedade e intensidade da dor em várias situações, bem como na diminuição dos índices pressóricos dos sujeitos analisados e aumento das células imunológicas.

Outro estudo realizado com hipertensos identificou como efeito positivo do Reiki a redução da pressão arterial, sugerindo ser uma prática complementar para o controle da hipertensão (SALLES et al., 2014).

A massagem terapêutica apresentou benefícios, como bem-estar emocional, alívio em relação ao desconforto físico e emocional, humor deprimido, padrão de sono, relaxamento e stress. Seus efeitos foram observados em curto prazo na saúde mental dos indivíduos com doença oncológica (ALVES et al., 2015).

A prática da oração com os pacientes e familiares também foi descrita pelas participantes como frequente e realizada sempre que foi solicitado. Caldeira (2009) destaca que rezar é uma intervenção de enfermagem presente na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), podendo ser realizada pelo enfermeiro desde que tenha sido solicitado pelo paciente e as suas crenças não sejam conflitantes, pois a prece é um momento autêntico; nessa eventualidade, pode-se solicitar que outro membro da equipe com afinidade à crença assim o faça.

Os esforços das participantes em atribuir novo significado ao processo do adoecimento é uma forma de exercício da compaixão, é olhar para o sofrimento sem o sentimento de pena, mas posicionar-se no cuidar com uma atitude de verdadeira presença e compreensão do sofrimento dos pacientes e seus familiares.

No estudo de Burnell e Agan (2013) que aplicou um instrumento sobre cuidado compassivo a 250 pacientes hospitalizados identificou-se quatro segmentos principais que evidenciam a compaixão dos enfermeiros, sob o ponto de vista dos pacientes: capacidade de estabelecer conexões significativas, atender às expectativas, demonstrar capacidade de cuidar. Além disso, os pacientes valorizavam os enfermeiros capazes de estabelecer conexões pessoais, atuar como seus defensores e responder às suas necessidades individuais.

Para Gomes (2011) quem cuida do paciente deve interessar-se pelo seu bem-estar, não só no aspecto físico, mas psicológico, social e espiritual.

Assim, a categoria central **RESSIGNIFICANDO O ADOECIMENTO** delinea os pressupostos do cuidado espiritual oferecido aos pacientes e familiares no

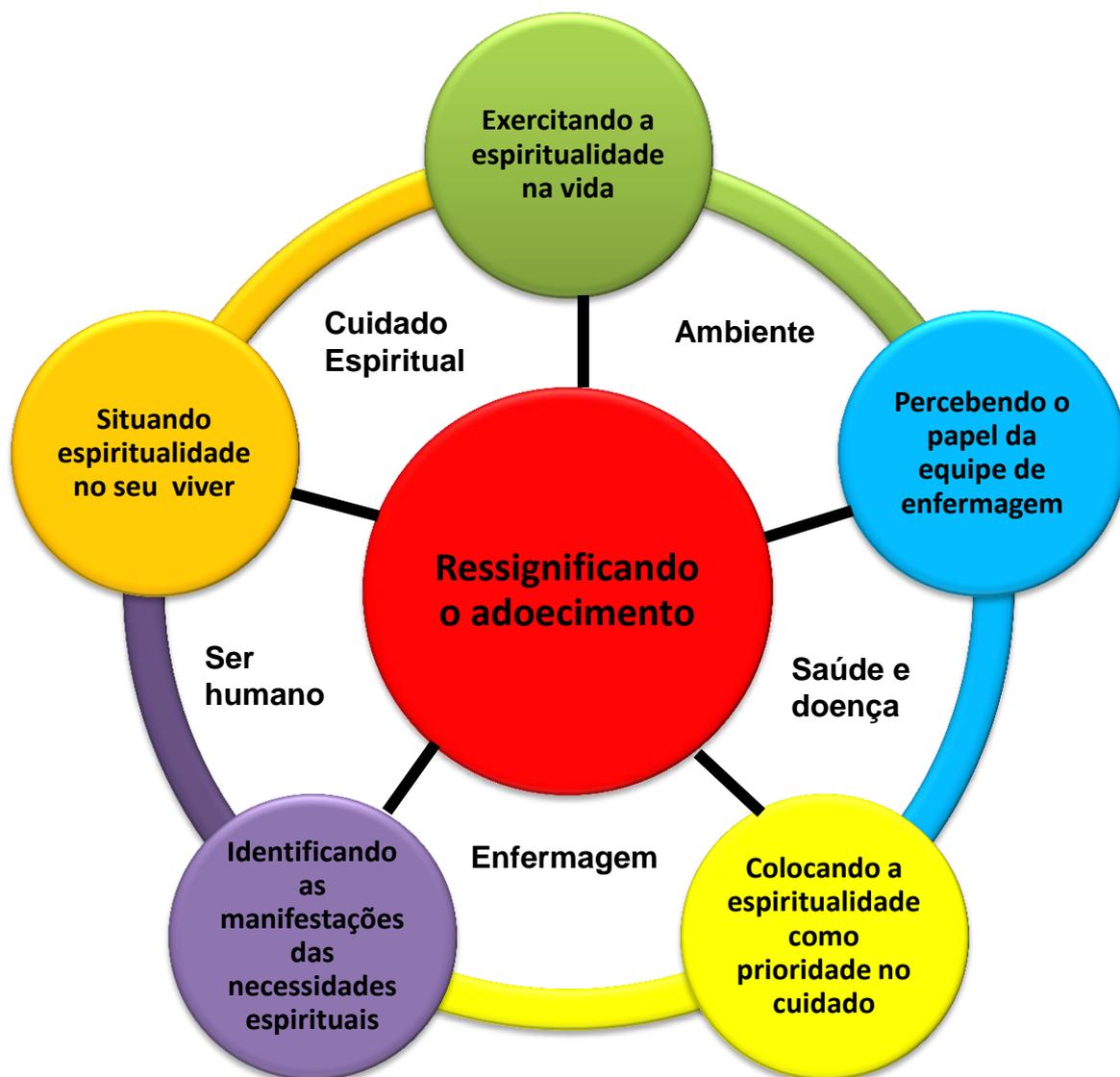
enfrentamento das situações de adoecimento, as ações e resultantes amparados nos metaparadigmas e no conceito de cuidado espiritual.

O ressignificar o adoecimento é possibilitar uma nova compreensão do momento vivido pelo paciente e seus familiares, elaborar um sentido em meio à dor e o medo, aliviar a culpa, recuperar a esperança, relembrar o paciente dos seus sonhos e desejos e oferecer à família acolhimento em seu sofrimento.

O **Ressignificando o Adoecimento (RESA) – Modelo de Cuidado Espiritual** foi desenvolvido para a equipe de enfermagem desenvolver habilidades e exercitar a espiritualidade em sua prática, contudo por suas características também pode ser utilizado com os pacientes que não possuam crenças religiosas. O modelo pode ser compreendido também como um modelo ético de viver, ao ser utilizado como uma possibilidade de conduzir a vida pessoal.

O **RESA – Modelo de Cuidado Espiritual** é apresentado, a seguir, na Figura 11.

Figura 11 - Resignificando o adoecimento (RESA) - Modelo de Cuidado Espiritual



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Legenda: **Pressupostos:**   **Ações:**   **Resultantes:** 

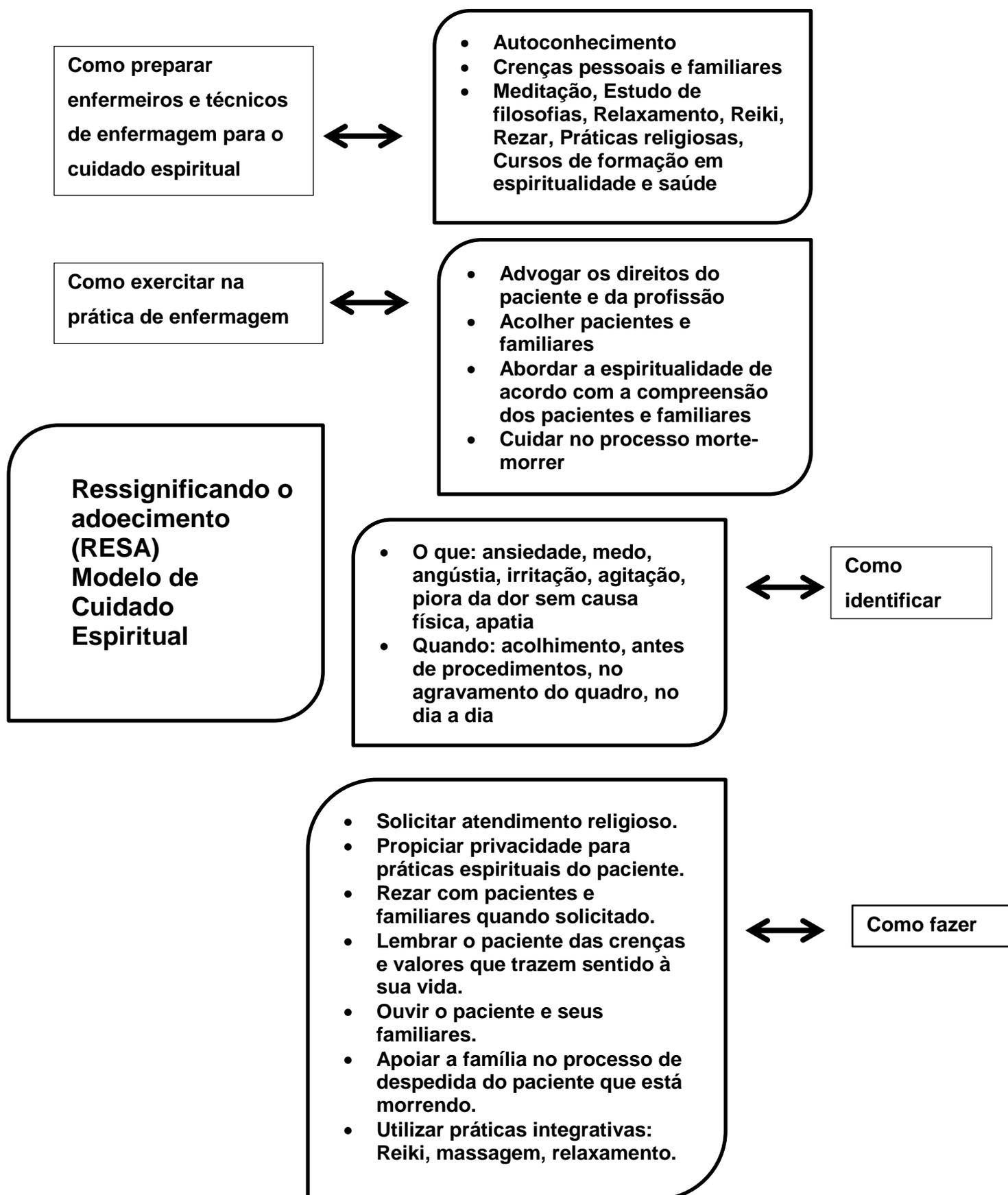
8 COLOCANDO EM PRÁTICA O MODELO

O desafio de construir um modelo de cuidado que seja compreensível para a equipe de enfermagem foi o escopo deste estudo desde o seu início. Embora o modelo ainda não tenha sido testado, as observações das participantes do Grupo Focal já sinalizavam para necessidade de torná-lo prático e acessível para todos.

O **RESA - Modelo de Cuidado Espiritual** foi construído a partir dos pressupostos e ações das enfermeiras e técnicas de enfermagem no cuidado espiritual, do mesmo modo ao ser colocado em prática cada profissional, ao aplicar o modelo, imprimirá suas características de maneira a atender às necessidades espirituais dos pacientes e seus familiares.

Assim, foi elaborada uma versão prática do modelo no qual as habilidades e ações necessárias para cada etapa foram sinalizadas (Figura 12) a seguir.

Figura 12 - Ressignificando o adoecimento por meio do cuidado espiritual (RESA)
Modelo de Cuidado Espiritual prático



8.1 Caso comentado

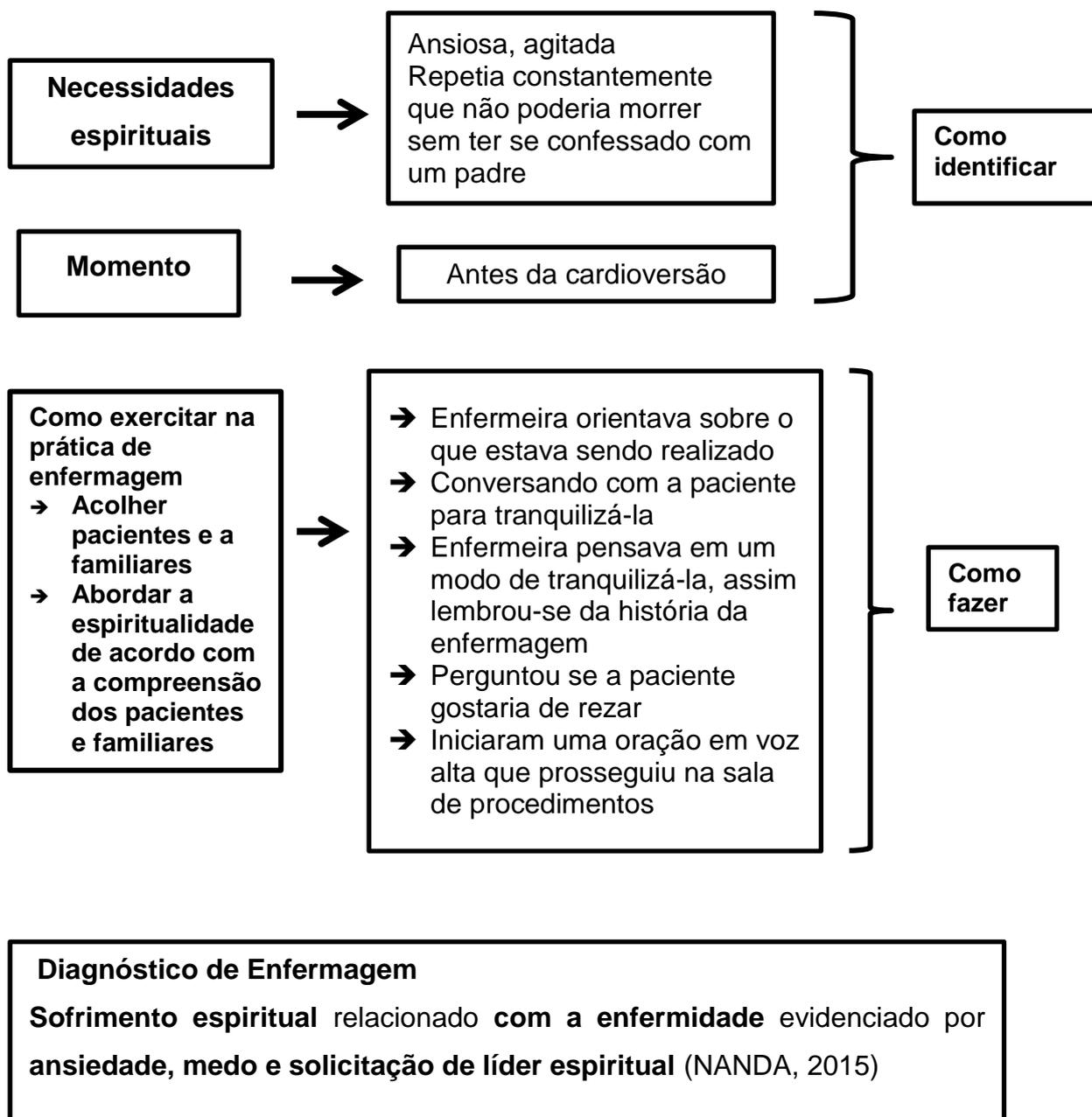
A partir de uma vivência da pesquisadora, apresenta-se um caso para exemplificar a aplicação do modelo de cuidado espiritual.

Mulher, 72 anos, viúva, católica, uma filha. Veio desacompanhada à unidade diagnóstica de cardiologia do hospital para realizar uma ergometria. No decorrer do exame apresentou episódio de taquicardia e foi levada à outra unidade a fim de ser submetida à cardioversão elétrica.

No momento da admissão encontrava-se ansiosa, agitada e repetia constantemente que não poderia morrer sem ter realizado a confissão com um padre. Em meio aos preparativos que incluíam a verificação dos sinais vitais, realização de punção venosa e localizar a familiar, a enfermeira orientava sobre o que estava sendo realizado e foi conversando com a paciente para tranquilizá-la dizendo que a sua situação necessitava de tratamento, mas não corria risco de morrer. Contudo, de pouco adiantou e a enfermeira pensava em um modo de tranquilizá-la, assim lembrou-se da história da enfermagem na qual as enfermeiras ministravam alguns sacramentos, em situações extremas. Não havia condições de chamar um padre, em razão do tempo, pois a cardioversão deveria ser realizada em minutos. Assim, a enfermeira perguntou se a paciente gostaria de rezar, ao que ela concordou demonstrando alívio, então iniciaram uma oração em voz alta que prosseguiu na sala de procedimentos, enquanto era administrado um antiarrítmico endovenoso. Ao término da medicação, o eletrocardiograma evidenciava que o ritmo cardíaco havia retornado ao normal e a cardioversão elétrica não foi necessária. A paciente mais tranquila reafirmava a força da sua fé, então foi reconduzida para sala de observação onde seu familiar a aguardava.

Na figura 13, a seguir, apresenta-se a representação esquemática do caso baseado no **RESA- Modelo de Cuidado Espiritual**.

Figura 13 - Representação esquemática do caso



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.



Fonte: <http://www.arquisp.org.br/>

Nossa Senhora da Penha

Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a construção do modelo de cuidado espiritual para os pacientes e familiares no enfrentamento das situações de adoecimento. Essa construção se deu pela história, crenças, valores e práticas das enfermeiras e técnicas de enfermagem e da pesquisadora que possui trajetória de vida pessoal e profissional semelhante às das participantes e na mescla desses saberes e fazeres, no que foi compreendido, interpretado e enfim construído um modelo para incluir a espiritualidade na prática de enfermagem.

Os significados, ações e pressupostos foram desvelados e delineadas as conexões entre a equipe de enfermagem e os pacientes e familiares no momento do cuidado espiritual.

Além disso, permitiu identificar o modo pelo qual o estudo expandiu as ideias, conceitos e as práticas relacionadas à espiritualidade por meio do modelo de cuidado espiritual prático desenvolvido. E espera-se ter oferecido interpretações que os indivíduos consigam utilizar no seu cotidiano.

Os esforços realizados foram no sentido de desenvolver uma Teoria fundamentada que tenha sentido para as participantes do estudo e as equipes de enfermagem que compartilham cenários de cuidado similares, como também oportunizar reflexões sobre as suas vidas.

As categorias que construíram o fenômeno central ratificaram este empenho conforme demonstrado na categoria **Situando a espiritualidade no seu viver**, na qual as participantes narraram a sua trajetória na espiritualidade desde a infância até a atualidade, iniciando pela família e após pela convivência com a família e amigos, e o contato com outras crenças e filosofias fez com que desenvolvessem suas crenças com ênfase naquilo que trouxe sentido à sua vida. As participantes referiram a espiritualidade como uma necessidade humana fundamental em suas vidas para o cuidado de si e dos outros e ainda a descreveram com um elo que interliga o ser com o todo. Entenderam que independente da natureza das crenças, a espiritualidade pode ser fonte de força, serenidade e segurança no enfrentamento dos desafios e está incorporada em suas vidas, sendo exercitada diariamente.

As Enfermeiras e técnicas de enfermagem em **Exercitando a espiritualidade na vida** relataram as suas práticas espirituais e em comum todas possuíam o

catolicismo como raiz, apesar de não frequentarem a Igreja há muito tempo, ainda mantinham sua devoção aos santos.

Em suas trajetórias de vida, as participantes relataram conhecer diferentes religiões, mas que foram criando seus próprios rituais, nos quais houve predomínio dos fundamentos do espiritismo expresso em várias das falas. O budismo também contribuiu para embasar o modo de viver e fazer enfermagem de uma das participantes. Além disso, o Reiki surgiu como uma prática de imposição de mãos apreendida durante a realização de cursos, mas que também ofereceu uma oportunidade de reflexão e redirecionamento dos seus conceitos de vida. A oração como ritual particular de solicitar proteção e força foi transposta para a prática da enfermagem e realizada com pacientes e familiares quando solicitado.

Em **Percebendo o papel da enfermagem**, as participantes destacaram a atribuição que a enfermagem possui de advogar os direitos dos pacientes na busca por respeito às suas crenças e pela profissão no esforço em cumprir o seu papel, os quais ainda são desafios diários no exercício da enfermagem. Além destes, tem-se a superação das dificuldades em abordar a espiritualidade no ambiente hospitalar associadas às resistências de alguns profissionais ou pelo acúmulo de tarefas burocráticas. A relevância de acompanhar o paciente ao longo de todo o processo saúde e doença foi lembrada constantemente, mas no adoecimento agravado e eminência da morte foi salientada a importância de a equipe de enfermagem acolher a família e o ser que está partindo.

Em **Identificando as manifestações das necessidades espirituais**, as participantes relataram as diversas formas de apresentação do sofrimento espiritual. As necessidades espirituais, por vezes, confundiram-se com aspectos biopsicossociais, mas a habilidade em diferenciá-las, bem como precisar os principais momentos nos quais as identificaram, favoreceu a implantação das intervenções.

Em **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado**, as enfermeiras e técnicas de enfermagem destacaram a preocupação em acolher as solicitações de atendimento religioso, respeitar as crenças e valores, priorizar a formação do vínculo com a família. Demonstraram o cuidado em neutralizar situações estressoras e evitar sofrimento adicional. Buscaram confortar e relembrar as motivações do paciente antes do adoecimento procurando conhecer as suas

expectativas e trabalhando no que ele acredita diariamente, como um modo de cuidar da alma do paciente e da própria família.

A utilização de práticas integrativas também foi descrita como eficiente na redução da ansiedade e da dor. O ato de rezar, a oração, ocorreu por solicitação dos pacientes e familiares ou por iniciativa das enfermeiras e técnicas de enfermagem.

O confortar por meio da espiritualidade ocorreu a partir da compreensão pelas participantes que a dor da perda não alivia, mas pode ser transformada quando se tem em mente que o sentimento de amor pela pessoa que está partindo transcende a dor.

Os achados neste estudo indicaram a necessidade de ampliar o provimento do cuidado espiritual, para tanto as participantes recomendaram que a formação da equipe de enfermagem fosse intensificada de modo a dar suporte, apoio e visibilidade ao cuidado espiritual dada a relevância que possui para os pacientes, familiares e a própria equipe de enfermagem.

Em atenção aos princípios do Interacionismo simbólico, tem-se que o cuidado de enfermagem caracteriza a interação social constante, este processo que forma o agir humano, em que importa o significado obtido a partir das vivência/interações, onde se pode *assumir o papel do outro* para compreender o momento vivido pelo paciente e familiares ou, ainda, ser ou *outro significante*, aquele que irá auxiliar a ressignificar o adoecimento, o que decorre da *ação conjunta* da equipe de enfermagem com os pacientes e familiares.

As contribuições do estudo para o corpo de conhecimentos da enfermagem encontram-se em oferecer um modelo de cuidado espiritual construído a partir da experiência da equipe de enfermagem e que pode ser utilizado em diferentes cenários de cuidado. Além de dar visibilidade às práticas de enfermagem que retomando sua origem cuidam do ser humano em sua complexidade e ao papel fundamental de advogar pelos direitos do paciente e seus familiares.

No ensino acredita-se que os fundamentos e as práticas associadas ao cuidado espiritual podem ser incorporados de forma transversal ao currículo de todas as áreas do conhecimento, em especial da enfermagem, propiciando aos acadêmicos o contato com o tema ao longo de toda a sua formação.

Na extensão pode-se aprofundar os conhecimentos sobre o tema, sensibilizar e preparar a comunidade acadêmica e profissional no desenvolvimento das habilidades para o cuidado espiritual.

Compreendendo que todos os estudos apresentam limitações, reconhece-se que outras pesquisas possam trazer novos olhares, se realizadas com profissionais jovens e experiência recente na prática de enfermagem e em outros cenários de cuidado, ampliando, desse modo, a abrangência do modelo.

O desenvolvimento de novos estudos que apliquem o modelo **Ressignificando o Adoecimento (RESA) - Modelo de Cuidado Espiritual** dará prosseguimento à sua construção, conforme preconizado pela TFD, em diferentes cenários de cuidado, o que se faz necessário para certificar-se da sua aplicabilidade e ajustá-lo quando indicado.



Nossa Senhora Auxiliadora

Referências

REFERÊNCIAS

- AHMAD, M.; KHAN, S. A model of spirituality for ageing muslims. **J. Relig. Health.** New York, v. 55, no. 3, p. 830-843, June 2016. doi: 10.1007/s10943-015-0039-0.
- Al, A.L. et al. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: the effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. **Gerontologist.** Cary, v. 50, no. 6, p. 798-809, 2010.
- Al, A.L. et al. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. **J. Behav. Med.**, New York, v. 32, no. 6, p. 570-581, 2009.
- ALVES, M. et al. Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental**, Porto, n.esp. 2, p. 119-122, fev. 2015.
- ANADARAJAH, G. The 3H and BMSEST models for spirituality in multicultural whole-person medicine. **Ann. Fam. Med.** Leawood, v. 6, no. 5, p. 448-458, Sept./Oct. 2008.
- ANDERSEN, P.; INOUE, K.; WALSH K. An animated model for facilitating understanding of Grounded Theory and the processes used to generate substantive theory. **J. Res. Nurs.**, London, v. 18, no. 8, p. 734-743, 2012.
- ANDERSON, J.G. et al. Examination of the perceptions of registered nurses regarding the use of healing touch in the acute setting. **J. Holist. Nurs.**, Telluride, v. 34, no. 2, p. 167-176, June 2016.
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem.** 1997. 117 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, São Paulo, 1997.
- ARAÚJO, M. A.M. **O cuidado espiritual: um modelo à luz da análise existencial e da relação de ajuda.** 2011. Tese. 191 f. (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2011.
- AZARSA T. et al. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. **J. Caring Sci.**, Tabriz. v. 4, no. 4, p. 309-320, Dec. 2015.
- BALDACCHINO, D.R. Nursing competencies for spiritual care. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 15, no. 7, p. 885-896. July 2006. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x.
- BARSS, K.S. T.R.U.S.T.: an affirming model for inclusive spiritual care. **J. Holist. Nurs.**, Telluride, v.30, no. 1, p. 24-34; quiz 35-37, Mar. 2012.
- BLUME, H. **Symbolic interactionism: perspective and method.** Berkeley: University of California Press, 1969.

BITTENCOURT, G.K.G.D. **Modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**. 2011. 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N^o 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BRÉMAULT-PHILLIPS, S. et al. Integrating spirituality as a key component of patient care. **Religions**, Basel, v. 6, no. 2, p. 476-498, 2015. doi: 10.3390/rel6020476.

BOFF, L. **Espiritualidade um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CALLAHAN, A.M. A relational model for spiritually-sensitive hospice care. **J. Soc. Work End Life Palliat. Care**, Philadelphia, v. 9, no. 2/3, p. 158-179, 2013.

CAMARGO, T.B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente ao acidente com fluídos biológicos**: contribuições da Enfermagem. 2009. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB, 1997.

CARRON, R.; CUMBIE S.A. Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. **J. Am. Acad. Nurs. Pract.**, Malden, v. 23, no. 10, p. 552-560, 2011.

CARVALHO, L.S et al. Interacionismo simbólico e enfermagem pediátrica. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-124, 2007.

CHANG B.H. et al. Relaxation response and spirituality: pathways to improve psychological outcomes in cardiac rehabilitation. **J. Psychosom. Res.**, Oxford, v. 69, no. 2, p. 93-100, 2010.

CHARMAZ, K. Grounded theory in the 21st century: applications for advancing social justice studies In: DENZIN, N.K.; LINCOLN Y.S. **Handbook of qualitative research**. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2005. p. 507-535.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory**: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage, 2006. e-book Kindle.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration.** 9th. ed. New Jersey: Pearson/Prentice Hall, 2007.

CHENG, J.F. et al. [Spiritual care model for terminal cancer patients]. **Hu Li Za Zhi**, Taipei, v. 61, no. 6, p. 93-97, Dec. 2014. doi: 10.6224/JN.61.6.93.

CHUNG L.Y.F., WONG F.K.Y; CHAN M.F. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 58, no. 2, p. 158-170, 2007. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04225.x.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Coordenação de Educação. **Nova edição do manual internacional de acreditação hospitalar: 5. ed.** [Rio de Janeiro], 2014. 132 slides. Disponível em: <https://intranet.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/apresentacao_manual_hospitalar.pdf>. Acesso em 07 nov. 2014.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** 3. Ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DEZORZI, L.W.; CROSSETTI, M.G.O. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 212-217, 2008.

DEZORZI, L.W. et al. Oficinas e rodas de conversa sobre saúde e espiritualidade: compartilhando experiências de cuidado In: ENCONTRO LUSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 8., 2013, Fortaleza. **Anais...**, Fortaleza: ELBE, 2013. 1 CD-ROM.

DUARTE, F.M.; WANDERLEY, K.S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psic.: Teor. Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T.N.A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-226, 1997.

EMBLEM, J.; PESUT, B. Strengthening transcendent meaning: a model for the spiritual nursing care of patients experiencing suffering. **J. Holistic. Nurs.**, Newbury Park, v. 19, no.1, p. 42-56, Mar. 2001.

FAVERO, L.; WALL, M.L.; LACERDA, M.R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 534-542, abr./jun. 2013.

FREITAG, V.L.; ANDRADE, A.; BADKE, M.R. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enferm. Global.** Murcia, n. 38, p. 346-356, abr. 2015.

GÉLINAS, C. et al. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management **Nurs. Crit. Care**, London, v. 18, no. 6, p. 307-318, 2012.

GOES, M.G.O. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades espirituais. In: SILVA, E.R.R., LUCENA, A.F. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 321-330.

GOES, M.G.O.; CROSSETTI, M.G.O.; VICTOR, M.A.G. Experiências de cuidado das necessidades psicossociais e espirituais de pacientes atendidos na unidade de hemodinâmica. In: SEMANA DE ENFERMAGEM, 25., 2014, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2014. 1 CD-ROM.

GOMES, A.M.R. A espiritualidade no aproximar da morte. **Enferm. Global**. Murcia, n. 22, p. 1-9, abr. 2011.

GORDON, T. MITCHEL, D. A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. **Palliat. Med.**, London, v. 18, no. 7, p. 646-651, Oct. 2004.

HODGE, D.R.; SUN F.; WOLOSIN, R.J. Hospitalized Asian patients and their spiritual needs: developing a model of spiritual care. **J. Aging Health**, Newbury Park, v. 26, no. 3, p. 380-400, Apr. 2014. doi: 10.1177/0898264313516995.

HOLLOWAY, M.; MOSS, B. **Spirituality and social work: reshaping social work**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2010. e-book Kindle.

HOLLOWAY, M. et al. **Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature**. London: Department of Health [UK], 2011. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215798/dh_123804.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Crenças e valores e direitos e deveres dos pacientes**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://intranet.hcpa.ufrgs.br/downloads/direitos_e_deveres_site.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

HOUAISS. A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ISGANDAROVA, N.; O'CONNOR, T.S. A redefinition and model of Canadian Islamic spiritual care. **J Pastoral Care Counsel**. Kutztown, v. 66, no. 2, p. 7, June 2012.

JEON. Y.H. The application of grounded theory and symbolic interactionism. **Scan. J. Caring Sci.**, Stockholm, v. 18, no. 3, p. 249-256, Sept. 2004.

KALINOWSKI, L.C. **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermeira**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KELLEHEAR, A. Spirituality and palliative care: a model of needs. **Palliat. Med.** London, v. 14, no. 2, p. 149-155, Mar. 2000.

KOENIG, H.G. **Spirituality in patient care: why, how, when and what.** 2nd ed. Philadelphia: Templeton Press, 2007.

LANDAU, L. et al. Training and sustaining: a model for volunteer spiritual care visitors in long-term care. **J. Relig. Spiritual Aging**, Binghamton, v. 25, no. 3, p. 216-237, 2013.

LEITE J.L. et al. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente hiv positivo. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 187-196, abr./jun. 2007.

LOPES, H.A.F.; JORGE. M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LUCCHETTI, G. et al. A Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.186-188, 2010.

LUNN, J.S. Spiritual care in a multi-religious context. **J. Pain Palliat. Care Pharmacother.**, Binghamton, v. 17, no. 3/4, p. 153-166, discussion 167-169, Jan. 2003. doi: 10.1300/J354v17n03_23.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010.

MCSHERRY, W.; CASH, K.; ROSS, L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. **J. Clin. Nurs.**, v. 13, no. 8, p. 934-941, Nov. 2004.

MCSHERRY, W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. **J. Clin. Nurs.** Oxford, v. 15, no. 7, p. 905-917, July 2006.

McSHERRY, W. **Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach.** 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008.

MEAD, G.H. **Mind, self, and society:** from the standpoint of a social behaviorist. Chicago: University of Chicago Press, 1967. (Works of George Herbert Mead, v. 1). eBook Kindle.

MEEHAN, T.C. Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. **J. Nurs. Manag.**, Oxford, v. 20, no. 8, p. 990-1001, Dec. 2012.

MELEIS, A. I. (Ed.). **Transitions theories:** middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer, 2010.

MELHEM, G.A.B. et al. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. **Indian J. Palliat Care.** v. 22, no. 1, p.42-49, Jan./Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.173949>.

- MICHEL, J.L.M. A entrevista em grupo focal. In: MATHEUS, M.C.C.; FUSTIONONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. p. 111-115.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MISKO, M.D. et al. A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas¹ **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 560-567, maio/jun. 2015.
- NAGHI, J.J. et al. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. **J. Relig. Health**, New York, v. 51, no. 4, p. 1124-1136, Dec. 2012.
- NASCIMENTO, L.C. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-440, 2010.
- NIXON, A.; NARAYANASAMY, A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 19, no. 15/16, p. 2259-2370, Aug. 2010.
- NIXON, A.V.; NARAYANASAMY, A.; PENNY, V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. **BMC Nursing**, London, v. 12, art. 2, 2013.
- NÓBREGA, M.M.L.; BARROS, A.L.B.L. Modelos assistenciais para as práticas de enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan./mar.2001.
- OLDNALL, A.S. On the absence of spirituality in nursing theories and models. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 21, no. 3, p. 417-418, Mar. 1995.
- OLIVEIRA, M.C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.
- PANZINI, R.Q. et al. Espiritualidade/religiosidade e qualidade vida In: FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 177-196.
- PANZINI, R.G. et al. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.
- PENHA, R.M. **A expressão da dimensão espiritual do cuidado de enfermagem em UTI**. 2008. 176 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

PENHA, R.M. **A espiritualidade no cuidado transpessoal de Jean Watson:** análise de conceito. 2012. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

PETTENGILL, M.A.M. **Vulnerabilidade da família:** desenvolvimento do conceito. 2003. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

PETTENGILI, M.A.M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-988, nov./dez. 2005.

PINTO, C.; RIBEIRO, J.L.P. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Rev. Port. Saúde Pública*, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 49-56, 2010.

PONS, X.D. La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. **Edupsikhé: Rev. Psicol. Psicopedag.**, Madrid, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2010.

PUCHALSKI C.M. et al. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. **Cancer J.** v. 12, no. 5, p. 398-416, Sept./Oct. 2006.

PUCHALSKI, C.M., FERREL B. **Making health care whole:** integrating spirituality into patient care. West Conshohocken: Templeton Press, 2010.

RYKKJE, L.; ERIKSSON, K., RÅHOLM, M-B. A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. **Int. J. Hum. Caring**, Grand Rapids, v. 15, no. 4, p. 40, 2011.

SÁ, A.C; PEREIRA, L.L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica **Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, 2007.

SÁ, A.C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SALLES, L.F. et al. Efeito do reiki na hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 479-484, 2014.

SANTOS, N.M. **Ser enfermeiro na unidade de terapia intensiva:** a espiritualidade no cuidado de enfermagem. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SESSANNA, L. et al. Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 67, no. 8, p. 1677-1694, 2011.

- SILVINO, R. et al. Defensive strategies used by nursing workers: an integrative review of literature. **R. Pesq.: Cuid. Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1121-1127, jul./set. 2010.
- SINCLAIR, S. et al. Compassion in health care: an empirical model. **J. Pain Symptom Manage.**, New York, v. 51, no. 2, p. 193-203, Feb. 2016.
- SIQUEIRA, H. C. H.; HERDMANN, A. L. Construtivismo como método de pesquisa: possibilidade de geração de conhecimentos. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 291-297, abr./jun. 2007.
- SMITH, A.R. Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings. **Crit. Care Nurse.**, Aliso Viejo, v. 26, no. 4, p. 41-47, Aug. 2006.
- TAROZZI, M. **O que é a grounded theory?** metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis: Vozes, 2011.
- TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 183-191, 2008.
- TOMAJAN, K. Advocating for nurses and nursing. **Online J. Issues Nurs.** Silver Spring, v. 17, no. 1, p. 4, Jan. 2012.
- TOMASSO, C.S.; BELTRAME, I.L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, 2011.
- VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade no cuidado e na educação em saúde In: Vasconcelos, E.M. org. **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.13-157.
- VECCHIA, R.D.; RUIZ, T.; BACCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
- VERMANDERE, M. et al. Implementation of the ars moriendi model in palliative home care: a pilot study. **Prog. Palliat. Care**, Leeds, v. 21, no. 5, p. 278-285, 2013.
- VIEIRA, M.G.O. **Velhice e espiritualidade**: reflexões sobre as transformações do envelhecer. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – enfermeiros e técnicos de enfermagem

Este estudo com o título **Modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento** terá por objetivo elaborar um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento, sendo destinado à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. O estudo não prevê riscos, porém poderá desencadear sentimentos de desconforto ou constrangimento no participante. Nessa situação poderá ser interrompido o procedimento e recomeçar após ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. O procedimento implicará em responder a algumas questões. Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas ao atendimento das necessidades espirituais dos pacientes e familiares, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange ao cuidado integral aos indivíduos.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa e/ou minhas atividades profissionais; da segurança de que não serei identificado(a) e de que os dados obtidos em relação a minha pessoa serão confidenciais; do total acesso aos dados em todas as etapas do trabalho e dos resultados; de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais; os dados serão armazenados por cinco anos pelo coordenador do estudo e após destruídos. Os resultados do estudo serão divulgados em publicações e eventos científicos.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Nome Completo do Participante: _____

Fone: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Marta Georgina Oliveira de Góes

Dr.^a Maria da Graça O. Crossetti - (51) 3308-5324

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo de Expertise - participantes

Este trabalho com o título **Modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento** terá por objetivo elaborar um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento, sendo destinado à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. Esta pesquisa não implica em nenhum ganho financeiro aos participantes e segue as normas da Resolução 466/2012. Os procedimentos utilizados implicarão em participar nas atividades do encontro como participante. Para a coleta dos dados, propõem-se reunião grupal entre os participantes, acompanhados pela pesquisadora e um observador. As sessões serão gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora. O estudo não prevê riscos, porém poderá desencadear sentimentos de desconforto ou constrangimento no participante. Nessa situação poderão ser interrompidos os procedimentos e recomeçar após ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas ao atendimento das necessidades espirituais dos pacientes e familiares, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange ao cuidado integral aos indivíduos.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa ou minhas atividades profissionais; da segurança de que não serei identificado(a) e de que os dados obtidos em relação a minha pessoa serão confidenciais; do total acesso aos dados em todas as etapas do trabalho e dos resultados; de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais; os dados serão armazenados por cinco anos pelo coordenador do estudo e após destruídos. Os resultados do estudo serão divulgados em publicações e eventos científicos. Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Nome Completo do Participante: _____

Fone: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Marta Georgina Oliveira de Góes- (51)96987828. Dr.^a Maria da Graça O. Crossetti - (51) 3308-5324
Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS – (51) 3308-3738

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo de expertise - Observador

Este trabalho com o título **Modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento** terá por objetivo elaborar um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento das situações de adoecimento, sendo destinado à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. Esta pesquisa não implica em nenhum ganho financeiro aos participantes e segue as normas da Resolução 466/2012. Os procedimentos utilizados implicarão em participar nas atividades do encontro como observador. Para a coleta dos dados, propõem-se reunião grupal entre os participantes. As sessões serão gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora. O estudo não prevê riscos, porém poderá desencadear sentimentos de desconforto ou constrangimento no participante. Nessa situação poderão ser interrompidos os procedimentos e recomeçar após ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas ao atendimento das necessidades espirituais dos pacientes e familiares, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange ao cuidado integral aos indivíduos.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa ou minhas atividades profissionais; da segurança de que não serei identificado(a) e de que os dados obtidos em relação a minha pessoa serão confidenciais; do total acesso aos dados em todas as etapas do trabalho e dos resultados; de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais; os dados serão armazenados por cinco anos pelo coordenador do estudo e após destruídos. Os resultados do estudo serão divulgados em publicações e eventos científicos. Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Nome Completo do Participante: _____

Fone: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Marta Georgina Oliveira de Góes

Dr.^a Maria da Graça O. Crossetti - (51) 3308-5324

Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS – (51) 3308-3738

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista nº..... Data:.....

Data de Nascimento:

Naturalidade:.....

Tempo de exercício da profissão:.....

Tempo de atuação na instituição:.....

Memos:

2- Entrevista

1. Como você percebe a espiritualidade?
2. Como exercita a espiritualidade na vida pessoal?
3. Na sua concepção, a sua espiritualidade influencia no cuidado do outro?
4. Como a espiritualidade pode fazer parte do cuidado? Você é capaz de citar alguns exemplos?
5. Em que momentos do cuidado você percebe a necessidade do paciente ou sua família externar a sua espiritualidade?
6. Como o paciente e sua família costumam solicitar o cuidado espiritual?
7. Existem impedimentos para agregar a espiritualidade ao cuidado?
8. Qual a natureza desses impedimentos? É possível contorná-los? De que forma?
9. O que é necessário para agregar o cuidado espiritual aos pacientes e familiares?
10. Como você percebe a reação dos pacientes e/ou familiares ao receber o cuidado espiritual?
11. Como você percebe o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual no hospital?

APÊNDICE E**INSTRUMENTO PARA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Entrevistas	Códigos	Subcategorias	Categorias

APÊNDICE F

ROTEIRO PARA O ENCONTRO COM O GRUPO DE EXPERTISE

1º momento:

- Elucidar os objetivos do encontro. Agradecimento.
- Solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

2º momento:

- Apresentar a pesquisa focando aspectos referentes às bases de sua construção no que tange ao objeto de estudo, às justificativas, à questão norteadora, objetivos, referenciais teórico-metodológicos;
- Apresentar as categorias e os fenômenos emergidos, no contexto deste estudo representados pelo modelo de cuidado espiritual(MCE) preliminar.

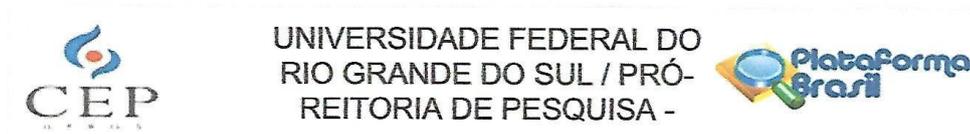
3º momento:

- Solicitar aos enfermeiros e técnicos de enfermagem que demonstrem sua compreensão do MCE preliminar elaborando considerações sobre os elementos que estruturam o MCE preliminar (fortalecer a saturação);
- Solicitar que expressem seu ponto de vista sobre o desenvolvimento do modelo de cuidado e suas possíveis contribuições para a enfermagem.

5º momento:

Agradecer pelas contribuições para a realização do processo de validação.

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO ESPIRITUAL PARA OS PACIENTES E SEUS FAMILIARES NO ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO

Pesquisador: Maria da Graça Oliveira Crossetti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50794215.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.385.054

Apresentação do Projeto:

Retorno de projeto de doutorado desenvolvido na Escola de Enfermagem da UFRGS. Partindo de uma concepção ampla de "espiritualidade" como "a forma como as pessoas expressam o significado e propósito de suas vidas, (...) o que é significativo ou sagrado", a pesquisa busca "construir um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento". Para tanto, propõe entrevistas semiestruturadas e gravadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nas unidades de Terapia intensiva adulto (áreas 1 e 2) e Pediátrica, Bloco Cirúrgico, Cuidados Paliativos, Oncologia Pediátrica e nas unidades de Internação Clínica (6o. norte) e Cirúrgica (9o. norte). Como participantes do estudo, serão recrutados 16 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem, dois de cada unidade do campo do estudo, dos turnos diurno e noturno. O início da fase de entrevistas é previsto para 01/06/2015, com término em 01/12/2015.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivos: (i) construir um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento; (ii) Identificar os pressupostos e significados acerca da espiritualidade presentes no cuidado de enfermagem prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento; (iii)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.385.054

analisar os significados e ações presentes no cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em cumprimento às determinações deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto passa a indicar risco mínimo relacionado a possíveis sentimentos de desconforto causados aos participantes em virtude da entrevista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora corrige as inadequações anteriores contidas nos termos de apresentação obrigatória. O projeto de pesquisa teve seu cronograma atualizado e o TCLE passa a conter: a) indicação de risco mínimo aos participantes; b) telefone do Comitê de Ética em Pesquisa; c) indicação da resolução 466/2012; d) declaração de que a pesquisa não implica qualquer ganho financeiro aos participantes.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora satisfaz as pendências anteriormente apontadas por este Comitê de Ética em Pesquisa. A relatoria manifesta-se pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_501268.pdf	10/12/2015 14:40:21		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado.docx	10/12/2015 14:37:23	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Outros	Carta_ao_Comite_Etica_resposta_parecer.docx	10/12/2015 14:36:55	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_enfermeiros_tecnicos_atualizado.pdf	10/12/2015 14:34:26	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.385.054

Justificativa de Ausência	TCLE_enfermeiros_tecnicos_atualizado.pdf	10/12/2015 14:34:26	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Focal_observador_atualizado.pdf	10/12/2015 14:32:18	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Focal_participantes_atualizado.pdf	10/12/2015 14:31:54	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Outros	parecer_COMPESQ.pdf	29/10/2015 13:08:36	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/08/2015 20:56:32	Marta Georgina Oliveira de Góes	Aceito
Outros	autorização SEM.jpg	28/04/2015 11:01:06		Aceito
Outros	instrumento coleta dados.pdf	28/04/2015 10:57:56		Aceito
Outros	autorização Pediatria.pdf	28/04/2015 10:57:09		Aceito
Outros	autorização UBC.pdf	28/04/2015 10:56:37		Aceito
Outros	autorização SEC.pdf	28/04/2015 10:55:17		Aceito
Outros	autorização CTI.jpg	28/04/2015 10:54:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto versão 1604.docx	28/04/2015 10:50:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Janeiro de 2016

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br