

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA
HIRANARA FREITAS DOS SANTOS

**A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

São Leopoldo

2019

HIRANARA FREITAS DOS SANTOS

**A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para a obtenção do grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática
Linha de Pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Orientador: Dr. Nilton Eliseu Herbes

São Leopoldo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237e Santos, Hiranara Freitas dos
A espiritualidade na prática do cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva / Hiranara Freitas dos Santos ; orientador Nilton Eliseu Herbes. – São Leopoldo : EST/PPG, 2019.
77 p. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2019.

1. Cuidados com os doentes. 2. Cuidados – Aspectos morais e éticos. 3. Cuidados espirituais com os doentes. 4. Tratamento intensivo. 5. Doentes. 6. Espiritualidade. I. Herbes, Nilton Eliseu, orientador. II. Título.

HIRANARA FREITAS DOS SANTOS

**A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para a obtenção do grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática
Linha de Pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Data de Aprovação:

Nilton Eliseu Herbes – Doutor em Teologia – Faculdades EST

Rodolfo Gaede Neto – Doutor em Teologia – Faculdades EST

Daniel Annuseck Hoepfner – Doutor em Teologia – Hospital Moinhos de Vento

DEDICATÓRIA
Para Erasmo Bento dos Santos (in
memorian) e Dacylla Rodrigues dos
Santos (in memorian).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus provedor da vida e aos anjos da guarda que me inspiraram.

Ao meu irmão Flávio Freitas dos Santos, aos meus avós maternos Dioclides Freitas (in memorian), Virgínia Olinda Freitas de Freitas (in memorian). Agradeço a todos e todas que tornaram este sonho possível: os meus avós paternos Erasmo Bento dos Santos (in memorian) e Dacylla Rodrigues dos Santos (in memorian), e aos meus pais Hiran Rodrigues dos Santos (um grande sonhador) e Saionara da Graça Freitas dos Santos (uma grande escritora). Ao meu irmão Vinícius Freitas dos Santos, que acompanhou todas as etapas. E a Neuma Kellen pelos bons conselhos.

Agradeço ao meu orientador Dr. Nilton Eliseu Herbes pelo apoio, atenção e pela grande motivação que recebi ao longo de todas as etapas.

Agradeço aos professores e as professoras da Faculdades EST pelo acolhimento e pelos ensinamentos recebidos e aos funcionários e as funcionárias da Instituição.

RESUMO

O presente estudo possui como objetivos pesquisar se os e as profissionais que atuam na terapia intensiva sentem-se capacitados e capacitadas para prestar uma assistência humanizada que considere os aspectos espirituais dos ou das pacientes internados, assim como dos familiares, além de identificar as estratégias que visam promover o bem-estar espiritual. Verificar se a vivência da própria espiritualidade por parte dos e das profissionais da equipe de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pode influenciar a implementação da assistência humanizada, que considere o bem-estar espiritual. As pessoas internadas em uma UTI necessitam de uma assistência holística, que contemple os aspectos fisiológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Atualmente, devido a uma mudança de paradigmas na assistência em saúde, o bem-estar espiritual passou a ser incluído na prática do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. A assistência humanizada está focada na manutenção da dignidade humana e na promoção de uma assistência integral. As pessoas enfermas internadas nas UTI's, assim como seus familiares, estão sujeitos ao desconforto psicoespiritual, ocasionado pelo isolamento social, familiar, medo da morte e da dor física. A equipe de enfermagem da UTI é impactada pela vivência constante da dor e do sofrimento alheios e pela intensa rotina de trabalho, que resulta em desconforto psicoespiritual.

Palavras-chave: Cuidado Humanizado. Espiritualidade. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermos. Bem-estar Espiritual.

ABSTRACT

The present study aims to investigate whether intensive care professionals feel able and qualified to provide humanized care that considers the spiritual aspects of hospitalized patients or their families, as well as identifying the strategies that aim to promote spiritual well-being. It also aims to verify if the experience of the nursing team professionals' own spirituality working in the Intensive Care Unit (ICU) can influence the implementation of humanized care, which considers spiritual well-being. People admitted to an ICU need holistic care that addresses the physiological, social, psychological and spiritual aspects. Nowadays, due to a change of paradigms in health care, spiritual well-being is now included in the practice of humanized care in the hospital environment. Humanized care is focused on maintaining human dignity and promoting comprehensive care. Sick people in ICUs, as well as their family members, are subject to psychospiritual discomfort, caused by social, family isolation, fear of death and physical pain. The ICU nursing team is impacted by the constant experience of the pain and suffering of others and the intense work routine, which results in psycho-spiritual discomfort.

Keywords: Humanized Care. Spirituality. Intensive Care Unit. Spiritual Well-Being.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	17
2 A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO	21
2.1 O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva	22
2.2 Rotina de trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	25
2.3 Definições de Cuidado e Sua Aplicação na Enfermagem	27
3 ESPIRITUALIDADE	35
3.1 Definindo espiritualidade	35
3.2 Espiritualidade na Saúde.....	40
3.3 Espiritualidade na UTI	48
4 CUIDADO HUMANIZADO E ESPIRITUALIDADE NO AMBIENTE DA UTI.....	53
4.1 Cuidado Humanizado	54
4.2 Assistência humanizada e espiritualidade do e da paciente	59
4.3 Profissionais do cuidado e espiritualidade.....	62
5 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa é a espiritualidade na prática do cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sob o olhar da enfermagem. A escolha desta temática, deve-se a atuação profissional da autora do presente estudo nas Unidades de Terapia Intensiva e a percepção das dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem, em relação à implementação de uma assistência humanizada, que inclua as dimensões psicológicas, sociais, biológicas e espirituais do ser humano.

O presente estudo possui como objetivos identificar se os e as profissionais que atuam na terapia intensiva sentem-se capacitados e capacitadas para prestar uma assistência humanizada que considere os aspectos espirituais dos pacientes internados ou das pacientes internadas, assim como dos familiares, além de identificar as estratégias que visam promover o bem-estar espiritual. Verificar se a vivência da própria espiritualidade por parte dos e das profissionais da equipe de enfermagem que atuam na UTI, pode influenciar a implementação da assistência humanizada, que considere o bem-estar espiritual. A pesquisa pretende contribuir para motivar e conscientizar os e as profissionais de enfermagem que atuam nas UTI's a refletirem amplamente sobre o tema, desta forma, contribuindo para a humanização da assistência de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva.

A UTI é a unidade destinada à recuperação dos e das pacientes criticamente enfermos e enfermas. Os e as profissionais da equipe de enfermagem realizam cuidados voltados a suprir as necessidades humanas mais básicas, tais como, nutrição, hidratação, higiene e a implementação de estratégias que pretendem contribuir para o bem-estar psicológico dos ou das pacientes e familiares. Assim, como gerenciam continuamente toda a tecnologia voltada para a manutenção da vida do ser e para o reestabelecimento da saúde.

As pessoas enfermas internadas nas UTI's necessitam de uma assistência que contemple os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, familiares e ambientais.¹ Fatores como, o isolamento social e familiar, a insegurança em relação

¹ VILA, Vanessa Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito Falado e Pouco Vivido". *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2002, março-abril; 10 (2): 137-44. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: jan. 2018. p. 138.

ao tratamento e ao prognóstico, o medo ocasionado pela estranheza em relação à equipe de enfermagem e aos equipamentos utilizados na unidade, assim como, o temor da excessiva exposição do corpo, da dor ocasionada pela realização de procedimentos e da morte, são potenciais causas de desequilíbrio psicológico e espiritual, que atingem os ou as pacientes e aos familiares.

Estes fatores, geradores de desconforto psicoespiritual, atingem também os membros da equipe de enfermagem, devido à intensa rotina de trabalho e a visão constante da dor e do sofrimento.² A enfermagem é uma profissão pautada no cuidado humano. Uma mudança recente de paradigmas sobre a assistência em saúde passou a considerar a existência da indivisibilidade do ser humano. Ou seja, além do bem-estar fisiológico, o cuidado abrange as dimensões sociais, psicológicas e espirituais do ser. O cuidado desperta a solidariedade e o envolvimento com o próximo. Na assistência em saúde é capaz de promover o bem-estar e a dignidade dos enfermos ou das enfermas.³

Na atualidade, o bem-estar espiritual, passou a ser considerado na assistência prestada no ambiente hospitalar. Após a internação na UTI, os ou as pacientes, assim como os familiares, geralmente podem voltar-se para a espiritualidade, devido aos temores e as incertezas, que envolvem a permanência em uma unidade de terapia intensiva. A espiritualidade está relacionada na busca do sentido existencial da vida do ser.⁴

A prática do cuidado humanizado no ambiente hospitalar tem sido foco de atenção e de preocupação por parte dos e das profissionais da saúde. Pois, o momento da internação hospitalar pode ser um evento traumático aos enfermos ou as enfermas e aos familiares. A assistência humanizada visa encontrar medidas efetivas para diminuir os impactos da hospitalização, assistir integralmente o ser humano e garantir a manutenção da dignidade do ser.

As peculiaridades da rotina de trabalho intensa da equipe de enfermagem que atua nas unidades de terapia intensiva, assim como, devido a fatores, tais como, os conflitos pessoais e familiares ocasionados pelo adoecimento e hospitalização, a ausência familiar, o isolamento social, o medo da morte e da dor física,

² SPINDULA, 1994 apud VILA e ROSSI, 2002, p. 138.

³ WALDOW, 1998 apud VILA e ROSSI, 2002, p. 140.

⁴ BARTH, Wilmar Luiz. *A Religião Cura?* Teocomunicação, Porto Alegre, V. 44, n.1, p. 97-121, jan.-abr., 2014. p.108.

experimentados constantemente pelos enfermos ou pelas enfermas da unidade, são condições que podem afetar significativamente a implementação do cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva, considerando-se o bem-estar espiritual do ser.

No entanto, diante da complexidade da assistência de enfermagem no ambiente da terapia intensiva, os e as profissionais sentem-se capacitados e capacitadas para prestar uma assistência humanizada que considere os aspectos espirituais dos ou das pacientes, assim como dos familiares? Quais são as estratégias que poderiam ser praticadas na promoção do bem-estar espiritual dos ou das pacientes internados e internadas no ambiente da terapia intensiva, assim como dos familiares? A vivência da própria espiritualidade por parte dos e das profissionais da equipe de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, pode influenciar a implementação da assistência humanizada, que considere o bem-estar espiritual?

O presente estudo será dividido em quatro capítulos. Iniciando com a introdução. No segundo capítulo, será caracterizado o ambiente da UTI, serão descritas as rotinas implementadas pela equipe de enfermagem que atua nas Unidades de Terapia Intensiva e os diferentes conceitos e considerações sobre o cuidado. O terceiro capítulo pretende definir espiritualidade, abordar as influências da espiritualidade na assistência em saúde, assim como, no ambiente da terapia intensiva. No quarto capítulo, será elaborada uma reflexão sobre a relação entre o cuidado humanizado e a espiritualidade na terapia intensiva, considerando-se a espiritualidade dos ou das pacientes e dos ou das profissionais de enfermagem.

Esta pesquisa foi elaborada, a partir da leitura dos referenciais teóricos, predominantemente da área da saúde, listados nas referências ao final do presente trabalho. Através deste estudo, pretendo contribuir para a humanização da assistência de enfermagem no ambiente da terapia intensiva, assim como, para a realização de estudos posteriores sobre a temática da pesquisa.

2 A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente destinado aos e as pacientes que, se necessitarem de supervisão e cuidados contínuos, 24 horas por dia, devido à instabilidade do estado clínico ou que foram submetidos a cirurgias complexas ou de longa duração.

Segundo a Seção III, do Capítulo II da Resolução nº 7 elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são membros que devem compor a equipe multiprofissional de uma UTI: Um médico ou médica plantonista para cada 10 leitos, um enfermeiro ou enfermeira assistencial para cada 10 leitos, um técnico ou técnica em enfermagem para cada leito, um ou uma fisioterapeuta para cada 10 leitos, um auxiliar administrativo e um funcionário exclusivo ou uma funcionária exclusiva para serviços de limpeza.⁵

Geralmente, o quadro funcional de uma UTI é composto por médicos e médicas intensivistas, enfermeiros e enfermeiras, técnicos e técnicas de enfermagem, psicólogos e psicólogas, nutricionistas, fisioterapeutas, secretários e secretárias, auxiliares de limpeza, maqueiros, entre outros.

A quantidade e as categorias de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de uma UTI estão diretamente relacionadas ao porte da Instituição e ao tipo de clientela que a mesma assiste. Ou seja, se a mesma é destinada a atender predominantemente pacientes provenientes de convênios, planos de saúde, particulares ou do Sistema Único de Saúde (SUS). Pois, esta organização é diretamente proporcional aos recursos financeiros que a Instituição disponibiliza para organizar e manter uma UTI.

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução nº 7*, Capítulo II: Das Disposições Comuns A Todas As Unidades de Terapia Intensiva, Seção III: Recursos Humanos, 24 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: set. 2019.

2.1 O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva

Os Centros de Tratamento Intensivo (CTI's) dos hospitais podem ser denominados como, um agrupamento de Unidades de Terapia Intensiva em um mesmo local. As UTI's dos hospitais visam atender ao cliente criticamente enfermo.

As UTI's podem ser destinadas, a fim de atender faixas-etárias específicas tais como, pacientes adultos, pediátricos e neonatos. Assim como, podem ser especializadas, visando prestar atendimento de situações clínicas específicas, tais como: oncologia, neurologia, cardiologia, queimaduras, politraumas, traumatologia.

A UTI possui como objetivos gerais prestar assistência a pacientes em situações de instabilidade com risco de morte iminente. Trata-se de um local que utiliza recursos tecnológicos e procedimentos invasivos, a fim de reestabelecer a saúde das pessoas internadas. Esta ação, frequentemente não é bem-sucedida, devido ao elevado risco de óbito imposto por algumas patologias ou demais causas de internação.⁶

O local destinado ao cuidado de enfermagem ao ou a paciente em estado grave, necessita de condições harmônicas e favoráveis à saúde. Estas estão relacionadas com manutenção de um ambiente saudável e com a promoção de relações interpessoais harmônicas entre a equipe multifuncional.⁷

Em termos de aspectos físicos, a UTI deve ser localizada em ponto livre de circulação geral dentro do hospital e próximo ao bloco cirúrgico. A unidade deve possuir um número mínimo de leitos, equivalente a 6% do total de leitos disponíveis no hospital. Deve haver um leito de isolamento, destinado as doenças infectocontagiosas⁸ para cada 10 leitos disponíveis na UTI.⁹

Para clientes com enfermidades infectocontagiosas, preconiza-se a permanência dos mesmos em box de isolamentos localizados na unidade. A entrada

⁶ BACQUES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alocoque Lorenzini; BUSCHER, Andreas. O Ambiente Vivo, Dinâmico e Complexo da Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-americana de Enfermagem [online]*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Maio-jun. 2015; 23(3): 411-8. p. 413.

⁷ BACQUES, 2015, p. 415.

⁸ Referem-se às doenças transmitidas por um agente patogênico através do contato direto, pelas vias entéricas, respiratórias e pelo contato com fluídos corporais.

⁹ JERÔNIMO, Rosângela; CHEREGATTI, Aline. *Enfermagem em Terapia Intensiva*. 2 ed. São Paulo: Rideel, 2011. p. 11.

nos mesmos é permitida apenas com o uso do equipamento de proteção individual indicado para a patologia do paciente.

A iluminação e a ventilação do ambiente devem ser artificiais, pois a unidade deve permanecer fechada, para contribuir com a profilaxia da infecção hospitalar. Porém, as UTI's de algumas instituições hospitalares já possuem luz natural.¹⁰

A visitação é permitida para profissionais que compõem a equipe interdisciplinar e aos familiares em horários preestabelecidos, exceto nas UTI's, denominadas semi-intensivas, que permitem a permanência constante de um ou uma acompanhante. Pois, estas unidades são destinadas aos e as pacientes que necessitam de cuidados e vigilância intermediários.

O isolamento da unidade e a privação do convívio familiar são fatores necessários para a profilaxia da infecção hospitalar, porém estes são elementos que podem dificultar a assistência humanizada. Pois o contato com a natureza, a presença da iluminação natural nos ambientes, assim como, a necessidade de interação social, são fatores que contribuem para o equilíbrio psíquico do ser e para o restabelecimento do mesmo.

A convivência com o e a cliente em situação limítrofe, ou seja, momento que pode ser um evento final da vida do mesmo ou da mesma produz um impacto emocional que desencadeia na equipe profissional ou nos e nas clientes, sensações de dor, angústia, sofrimento e insegurança.¹¹

A internação na UTI pode significar para pacientes e familiares uma forma de desestabilização psicossocial devido às incertezas em relação ao prognóstico, o afastamento da família e o risco de morte.¹² A UTI por ser um ambiente destinado a pacientes graves recebe a conotação negativa. O ambiente é associado à morte, a hostilidade, ao sofrimento e aos procedimentos invasivos que desencadeiam dor

¹⁰ JERÔNIMO; CHEREGATTI, 2011, p. 13.

¹¹ BACQUES, 2015, p. 413; BARRETO, Sérgio S. Menna. *Rotinas em terapia intensiva*. Equipe do Centro de Tratamento Intensivo Clínico-Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 4.

¹² PINHO, Leandro Barbosa; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo. Dialética do Cuidado Humanizado na UTI: Contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008; 42(1): 66-72. p. 67.

física.¹³ Uma patologia não afeta o ser apenas fisicamente, mas acomete a sua identidade.¹⁴

A perda da identidade deve-se a uma visão biologicista e técnica dos e das clientes que recorrem aos serviços de saúde em geral. A patologia tem sido priorizada no ambiente da UTI, em detrimento ao ser humano. Pois, tornou-se uma prática comum, citar as patologias ou o número do leito para referir-se aos e as pacientes.¹⁵

Narciso Soares e Clarice Dall'Agnol, reforçam esta situação de perda da identidade apontada por Alves:

Na observação dos cuidados diretos ou indiretos, realizados pelos enfermeiros e equipe, chamava a atenção a forma automatizada como muitas dessas ações ocorriam, bem como o incisivo foco na doença e em procedimentos técnicos. Condições como essas, vêm sendo apontadas na literatura científica em vários contextos de atendimento à saúde e à hospitalização. [...]¹⁶

Implementar o cuidado humanizado em UTI, significa dar prioridade à vida, tratar o e a cliente com visão holística e não priorizar somente a patologia do mesmo e da mesma. Significa relacionar o conhecimento técnico-científico com a ética e com a empatia. Consiste na valorização de outros aspectos que abrangem a vida do ser, tais como, a cultura, a história e as percepções do mesmo.¹⁷

A complexidade das relações entre pacientes e profissionais de enfermagem, constitui um foco de constante debate.

O ambiente hospitalar, por suas características e complexidade favorece o estabelecimento de relações de poder e assimetria entre equipe de enfermagem e pacientes, decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade desses em virtude de alteração no processo saúde doença.¹⁸

¹³ PINHO, 2008, p. 68.

¹⁴ BARRETO, 1993, p. 4.

¹⁵ ALVES, FG. Percepção do enfermeiro sobre a importância e aplicabilidade do cuidado humanizado em UTI. São Paulo: *Revista Recien*. 2011; I(I): 20-24. p. 21.

¹⁶ SOARES, Narciso Vieira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. *Privacidade dos pacientes* – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm.*[online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2011, 24(5): 683-8. p. 684.

¹⁷ ALVES, 2011, p. 21. GARANHANI, Mara Lúcia; MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; GOTELLIPE, Isabelle Camargo. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Ed. Port., Ribeirão Preto. V. 4 n. 2, ago. 2008; I(I): 1-12. p. 2.

¹⁸ SOARES e DALL'AGNOL, 2011, p. 684.

Diversas questões complexas surgem em decorrência das relações estabelecidas entre pacientes e profissionais de enfermagem. A ética busca fundamentar as condutas dos e das profissionais diante desta situação.¹⁹

A ética ocupa-se, fundamentalmente, da reflexão sobre as ações do ser humano. Assim busca orientação para a tomada de decisão, mediante apreciação crítica sobre o comportamento humano, envolvendo conhecimentos, razão, sentimentos, vivências e valores socialmente construídos. Enquanto a moral e a lei estabelecem regras para as ações. A ética busca justificá-las. A ética interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios na tentativa de responder os motivos pelos quais devemos agir de determinada maneira.²⁰

Humanizar segundo a ética, consiste em atribuir beleza a prática profissional, mesmo que a realidade vivenciada exija ao e a profissional da saúde, aptidões para lidar com a morte, a dor e o sofrimento.²¹

2.2 Rotina de trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

Os e as pacientes internados e internadas na UTI necessitam de profissionais de enfermagem com experiência na função, ou com formações específicas voltadas a assistência do e da paciente criticamente enfermo, ou seja, cursos de especialização ou pós-técnicos. Assim como, de constantes treinamentos a fim de atender frequentes avanços tecnológicos da área de atuação.²²

A escala de trabalho da equipe de enfermagem deverá ser formulada para atender as necessidades dos e das pacientes internados na unidade.²³ São rotinas da equipe de enfermagem que atua na UTI:

- Participar ativamente da equipe multidisciplinar;²⁴
- Promover a integração do e da paciente à unidade, realizar a avaliação e o planejamento da assistência de enfermagem;²⁵
- Atualizar-se através de programas de educação continuada;²⁶

¹⁹ SOARES e DALL'AGNOL, 2011, p. 685.

²⁰ FERNANDES, 2007 apud SOARES e DALL'AGNOL, 2011, p. 685.

²¹ ALVES, 2011, p. 21.

²² JERÔNIMO, 2011, p. 13. TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. *Enfermagem na UTI Neonatal*. Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 7.

²³ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

²⁴ TAMEZ, 2006, p. 21.

²⁵ BARRETO, 1993, p. 2.

- Elaborar o registro de admissão do ou da paciente;²⁷
- Registrar e implementar a assistência médica e de enfermagem;
- Priorizar a assistência ao ou a paciente;²⁸
- Elaborar a prescrição de enfermagem pelo ou pela profissional de enfermagem, a partir do levantamento dos problemas do ou da paciente;²⁹
- Realizar medidas de monitoramento e assistência respiratória;³⁰
- Permanecer receptivo ou receptiva para aprender novas técnicas para implementação da assistência;³¹
- Garantir a realização das avaliações eletrocardiográficas se necessárias;³²
- Realizar a anotação ou registro de enfermagem;³³
- Contribuir para a assistência nutricional do ou da paciente, administrando a dieta quando prescrita;³⁴
- Implementar o exame físico;³⁵
- Implementar medidas profiláticas de infecção hospitalar conforme a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, segundo a lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997;³⁶
- Administrar hemocomponentes e de terapia dialítica;³⁷
- Contribuir para manutenção de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, enquanto aguardam os receptores de órgãos, nos casos autorizados;³⁸
- Contribuir para manter os familiares informados sobre o prognóstico dos e das pacientes, cuidados empregados e diagnóstico médico dos mesmos e das mesmas;³⁹

²⁶ TAMEZ, 2006, p. 7.

²⁷ BARRETO, 1993, p. 2.

²⁸ TAMEZ, 2006, p. 7.

²⁹ BARRETO, 1993, p. 2.

³⁰ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

³¹ TAMEZ, 2006, p. 21.

³² JERÔNIMO, 2011, p. 13.

³³ TAMEZ, 2006, p. 21.

³⁴ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

³⁵ BARRETO, 1993, p. 5.

³⁶ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

³⁷ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

³⁸ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

- Administrar as drogas prescritas ao e a paciente.⁴⁰

São deveres da equipe de enfermagem, prestar um atendimento baseado em sigilo, respeito e atenção, assim como, fornecer informações relativas ao diagnóstico.⁴¹

Fatores como a atenção à saúde, a tomada de decisões, a liderança situacional, a avaliação, o planejamento, a educação continuada e a criação de estratégias de comunicação voltadas para atender as necessidades dos e das pacientes e de familiares, são competências gerais necessárias para atuar na equipe de enfermagem de qualidade.⁴²

2.3 Definições de Cuidado e Sua Aplicação na Enfermagem

Cuidado significa zelo, desvelo e cautela. É sinônimo de palavras tais como: prevenir, empregar atenção e meditar.⁴³ O cuidado é parte essencial do ser humano, pois sem o mesmo, o ser perde a humanidade e o sentido da própria existência, desestrutura-se e morre.⁴⁴

O cuidado, a priori, é parte integral da natureza do ser humano. Está presente em todas as atitudes e situações, ou seja, em tudo. No decorrer da vida se o ser não empregar o cuidado, em tudo aquilo que empreender, acabará prejudicando a si, ao próximo e destruirá a tudo o que estiver a sua volta.⁴⁵

O cuidado por sua própria natureza possui dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro,

³⁹ JERÔNIMO, 2011, p. 13.

⁴⁰ BARRETO, 1993, p. 5.

⁴¹ FONSECA, Aroldo Moreira; CAMPOS, Ana Cristina Viana; COTTA, Fernanda Maria Pereira; BORELLI, Lília da Rocha; DUTRA, Bianca Santana; SANTANA, Júlio César Batista. Reflexões Éticas sobre o Cuidado Humanizado na Percepção dos Enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2010, p. 3.

⁴² BARRETO, 1993, p. 5.

⁴³ CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência Profissional do Enfermeiro para atuar em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1): [09 telas], jan. – fev. 2012. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Tela 6. Acesso em: julho de 2018.

⁴⁴ DAMAS, Keyti Cristiane Alves; MUNARI, Denize Bouttelet; SIQUEIRA, Karina Machado. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02. p. 272-278, 2004. p. 273. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: julho 2018.

⁴⁵ DAMAS, 2004, p. 273. WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. *Cuidar e humanizar: Relações e significados*. Acta Paul [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2011. 24(3); 414-8. p. 415.

ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o cuidador se sente envolvido afetivamente e ligado ao outro.⁴⁶

Cuidar é o ato de interessar-se pelo outro ou pela outra. Pois, o mesmo aparece quando deslocamos nossa atenção para o próximo. Quando a outra pessoa adquire significado para nós. Consiste em um ideal ético. Pois desta forma, passamos a participar do destino do dela. Envolvemo-nos em suas buscas e realizações, assim como, nos momentos de alegrias e dores. Ou seja, o cuidado recebe uma conotação relacional. O ser cuidado gera emoção, perturba a realidade ética e começa a fazer parte da realidade daquele que implementa o cuidado.⁴⁷

Cuidar significa agir com empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro em diversas situações da vida do ser, tais como o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde. Assim como a própria morte.⁴⁸

O cuidado está presente em todas as relações do ser humano com o mundo.⁴⁹ Já que para Boff, falar da dimensão ontológica do cuidado significa dizer que ele entra na dimensão essencial do ser humano e, por isso determina a estrutura de sua prática.⁵⁰

Para o fundamento heideggiano, o cuidado significa uma atitude de atenção, desvelo, solicitude, zelo e diligência com outra pessoa. Despertando o envolvimento e a preocupação com o ser cuidado. No entanto, o empenho em cuidar depende de uma concepção ética da pessoa que cuida. Pois, para cada ser, o cuidado recebe conotações diferentes. Para alguns indivíduos o ato de cuidar pode não ter uma essência positiva, pois o mesmo engloba a forma que o indivíduo relaciona-se com o mundo.⁵¹

⁴⁶ BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1999. p. 199. Disponível em: <<http://www.profdoni.pro.br/home/imagens/sampledata/.../sabercuidar.pdf>>. p. 13. Acesso em: julho 2018.

⁴⁷ DAMAS, 2004, p. 274.

⁴⁸ SOUZA, Maria de Lourdes; SARTOR, Vicente Volnei Bona; PADILHA, Maria Itayra Celho; PRADO, Marta Lenise. *O Cuidado de Enfermagem – Uma aproximação teórica*. Texto Contexto Enferm., Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005. Abr.-Jun. 14(2): 266-70. p. 267.

⁴⁹ SILVEIRA, Lia Carneiro; VIEIRA, Alcivan Nunes Monteiro; Ana Ruth Machado; MIRANDA, Carla Correia Lima; SILVA, Lúcia de Fátima. *Cuidado Clínico em Enfermagem: Desenvolvimento de um Conceito na Perspectiva da Reconstrução da Prática Profissional*. Esc. Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro. 2013, jul. – set.; 17 (3): 548 – 554. p. 549.

⁵⁰ BOFF, 1999 apud SILVEIRA et al, 2013, p. 550.

⁵¹ SILVEIRA et al, 2013, p. 550.

Waldow reforça os fundamentos heideggerianos de cuidado, afirmando que o ato de cuidar visa sempre o favorecimento do bem para o ser que se encontra em estados de carência e vulnerabilidade.⁵²

Maria Oliveira e Telma Carraro abordam outro aspecto do cuidado humano a ser analisado, este se refere a como o mesmo tem sido influenciado pelo modo de vida acelerado comum da vida contemporânea. A busca excessiva pelo saber e pela razão cria um sentimento de que os fatos vivenciados são transitórios, desencadeando um empobrecimento das relações humanas. O cuidador e o indivíduo cuidado, também sofrem as consequências desta relação de indiferença.⁵³

A cultura do indivíduo é um dos fatores que exerce papel fundamental na formulação e na prestação das ações destinadas ao cuidado. Pois, o cuidador ou a cuidadora atende as necessidades humanas e estas abrangem a compreensão do ser nos aspectos sociais e individuais.⁵⁴

A enfermagem é uma profissão pautada no cuidado.

[...] Já se ouviu dizer de um determinado médico: Ele é um excelente profissional, ouça aquilo que ele diz, porque é muito competente, mas do ponto de vista humano é bastante rude, nem sequer espere que ele o cumprimente. Declaração na verdade um pouco estranha. Mas que se ouve de vez em quando. Será que poderia se dizer a mesma coisa do mundo da enfermagem? [...]⁵⁵

Este questionamento remete a essência da enfermagem, a implementação de um cuidado humanizado que visa atender as necessidades do ser como um todo, atingindo todas as suas dimensões, e não apenas os aspectos biológicos, pois somos seres indivisíveis. Quando o desconforto e as patologias se instalam, este desequilíbrio atinge todas as dimensões do ser.

Pois, para Isabel Renaud, o cuidado de enfermagem não é limitado unicamente em atender as necessidades do corpo, e sim o ser como um todo,

⁵² WALDOW, 1998 apud SILVEIRA, 2013, p. 550.

⁵³ OLIVEIRA, Maria de Fátima Vieira; CARRARO, Telma Elisa. O cuidado em Heidegger: Uma Possibilidade Ontológica para a Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2011 mar.-abr.; 64 (2): 376-80. p. 377.

⁵⁴ VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Conceitos de Cultura - Uma Compreensão Necessária para o Cuidado em Enfermagem. RECCS: *R. Cent. Ci. Saúde*, Fortaleza, V 14, p. 32-35, dez. 2001, p. 34. Disponível em: <<http://periodics.br/RBPS/article/download/1880/2005>>. Acesso em: mar. 2019.

⁵⁵ RENAUD, Isabel Camelo Rosa. *O Cuidado em Enfermagem*. Pensar Enfermagem [online]. Escola Superior de Enfermagem Lisboa, Portugal. 2014, vol. 14, nº 1, 2010. p. 1.

considerando a complexidade do mesmo.⁵⁶ O que se deve cuidar e tratar, não é apenas um corpo que tem estragos em seu funcionamento, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente a sua perda.⁵⁷

Sales e Molina reforçam esta afirmação, pois o cuidado é baseado na empatia, em perceber as necessidades do outro, proporcionando segurança e conforto para que o próximo possa atravessar os momentos difíceis com mais serenidade.⁵⁸

A enfermagem no decorrer da história veio passando por algumas modificações. Esta sofreu um amadurecimento de seus conceitos e uma delimitação de seu campo teórico conceitual, a partir do século XIX. Criando-se uma contradição entre o cuidado humano, seu objeto e seus princípios científicos positivistas.⁵⁹ A enfermagem é considerada uma prática que ao longo de sua história, tem se definido através de diferentes planos epistemológicos, atravessados pelos interesses sociais, econômicos e ideológicos de cada época.⁶⁰

Para Renaud, a implementação do cuidado em enfermagem requer um treino ético, consiste em desviar a atenção de si e ir ao encontro de outra pessoa. Esta prática humanitária requer dinamismo.⁶¹ Mesmo sem saber, o e a doente esperam um acompanhamento do cuidado de enfermagem, não apenas técnico, mas ético. Esta dimensão ética constitui em grande parte, a essência desta forma de cuidado.⁶²

No entanto, para praticar a enfermagem com competência o ou a profissional precisam unir as habilidades técnicas, associadas ao relacionamento ético.⁶³ Keila Ponte, complementa as afirmações, descrevendo os requisitos necessários para a prática de enfermagem, como um ato que envolve o uso de habilidades técnicas, conhecimento científico para a prestação de um cuidado ético e sensível.⁶⁴

⁵⁶ RENAUD, 2010, p. 3.

⁵⁷ RENAUD, 2010, p. 3.

⁵⁸ SALES e MOLINA, 2004, apud SILVEIRA et al, 2013, p. 550.

⁵⁹ SILVEIRA et al, 2013, p. 549.

⁶⁰ SILVEIRA et al, 2013, p. 549.

⁶¹ RENAUD, 2010, p. 4.

⁶² RENAUD, 2010, p. 4.

⁶³ RENAUD, 2010, p. 4.

⁶⁴ PONTE, Keila Maria de Azevedo; GUEDES, Maria Vilani Cavalcanti; ARAGÃO, Antonia Eliana de Araújo; SILVA, Lúcia de Fátima; ZAGONEL, Ivete Palmeira Sanson. *Contribuição do Cuidado*

O enfermeiro busca como sustentáculos para o cuidar, a internalidade da profissão, a reflexão crítica do seu saber fazer, os *referenciais teóricos filosóficos da pesquisa científica e as teorias de enfermagem, objetivando contribuir para o cuidar sensível, ético e estético.⁶⁵

Silva reforça os requisitos apontados, como fundamentais para a prática profissional de enfermagem, afirmando que para cuidar utiliza-se uma sistematização mediada pelo saber científico. Esta é viabilizada por meio de habilidades, competências, ações técnicas, visando o desempenho de medidas empregadas para a satisfação das necessidades do ser, porém incluindo o aspecto humano.⁶⁶

É relevante no âmbito da profissão de enfermagem implementar um processo de enfermagem tendo como base as teorias que abordam o cuidado humano. Entre estas, segundo Ponte, destaca-se a Teoria do Conforto de Katherine Kolcava, que investigava o fenômeno do conforto, um dos objetivos do cuidado de enfermagem.⁶⁷ Esta Teoria é vista como um cuidado holístico, abrangendo as necessidades de tranquilidade, alívio e transcendência, estando presente nos aspectos socioculturais, ambientais, físicos e psicoespirituais da vida humana.⁶⁸

Segundo Ramon Moraes Penha e Maria Júlia Paes Silva, a vivência da espiritualidade foi considerada importante na prática do cuidado em enfermagem. O autor e a autora afirmam que atualmente no novo conceito de saúde, a dimensão espiritual do ser humano passou a ser considerada. Pois, elementos como as crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade integram os requisitos para a avaliação da qualidade de vida do indivíduo.⁶⁹

O mesmo autor e a mesma autora complementam sua afirmação referente à importância da espiritualidade para a prática profissional da enfermagem: “Conforme a doença grave progride, as questões existenciais tendem a ser mais recorrentes

Clínico em Enfermagem para O Conforto Psicoespiritual de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio. Esc. Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro. 2012 out.- dez.; 16 (4): 666 – 673. p. 667.

⁶⁵ PONTE et al, 2012, p. 667.

⁶⁶ SILVA, 2002, apud SILVEIRA et al, 2013, p. 12.

⁶⁷ PONTE et al, 2012, p. 667.

⁶⁸ PONTE et al, 2012, p. 667.

⁶⁹ PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes. *Significado de Espiritualidade para a Enfermagem em Cuidados Intensivos.* Texto Contexto Enferm. [online], Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2012 Abr.-Jun.; 21(2): 260-8. p. 261.

nos discursos dos familiares e pacientes do que as preocupações com abordagens tecnológicas e clínicas”.⁷⁰

O cuidado de enfermagem na perspectiva interacionista é abordado por Marcos Paulo de Oliveira Lima e Consuelo Helena Aires Freitas. “O ato de cuidar implica no estabelecimento da relação entre os sujeitos, profissional e cliente”.⁷¹ De acordo com o autor citado e a autora citada, as relações de cuidado no ambiente hospitalar implicam em relações entre os indivíduos. Estas são permeadas por sentidos, significados e emoções.⁷²

No ambiente de uma UTI, objeto do presente estudo, há vários atores envolvidos no processo de cuidar, tais como médicos, membros da equipe de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, pacientes, familiares, entre outros que podem ser requisitados.

A equipe denominada multiprofissional atua em prol dos e das pacientes através da troca de saberes.⁷³ “O trabalho em equipe possibilita a construção de relações humanas sociais e saudáveis, pois quando a equipe interage promove crescimento e amadurecimento aos profissionais envolvidos”.⁷⁴

Lima e Freitas afirmam que a interação é o como foco central do cuidado em enfermagem.⁷⁵ Para a prestação do cuidado na UTI, são descritos cuidados direcionados aos familiares e acompanhantes. Estas condutas são necessárias, pois estes indivíduos estão cientes da dor vivenciada por entes queridos que se encontram criticamente enfermos e com procedimentos invasivos que tornam possível a vida dos mesmos, tais como, drenos, sondas, tubos, ventilação mecânica, uso de drogas específicas, entre outros.⁷⁶

A enfermeira intervê porque ela percebe que os acompanhantes familiares estão sofrendo. [...] Essas ações aparentemente simples são carregadas de significados para todos os envolvidos: [...] para a enfermeira [...] e para os familiares que, em alguns momentos, mesmo não entendendo o que esteja

⁷⁰ PENHA e SILVA, 2012, p. 262.

⁷¹ LIMA, Marcos Paulo de Oliveira; FREITAS, Consuelo Helena Aires. A Enfermeira Interagindo e se Relacionando: O Contexto do Cuidado de Enfermagem em Unidade Semi-intensiva. *Rev. Bras. Enferm. [online]*, Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2011, nov.- dez.; 64 (6): 1067-74. p. 1068.

⁷² LIMA; FREITAS, 2011, p. 1068.

⁷³ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1070.

⁷⁴ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1072.

⁷⁵ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1068.

⁷⁶ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1072.

acontecendo [...] recebe informações numa linguagem acessível de um profissional da saúde.⁷⁷

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu tendo o cuidado como foco principal, o mesmo é objeto de estudo e pesquisa para garantir a evolução da profissão.⁷⁸

Refletir essa dimensão possibilita instrumentalizar o cuidador para auxiliar o outro a encontrar os seus próprios caminhos. É preciso ampliar os conhecimentos teóricos científicos, a fim de criar um corpo próprio de conceitos que embasem o cuidado de enfermagem.⁷⁹

Portanto, o cuidado é essencial ao ser, pois o mesmo é parte da natureza humana. Este deve estar presente em todas as etapas da vida, do nascimento até a morte. A fim de proporcionar segurança e conforto ao ser cuidado.

Cuidar significa agir com zelo, desvelo e empatia nas situações de fragilidade, visando identificar as situações de desequilíbrio e promover o bem-estar.

O cuidado é a essência da enfermagem. Pois, este possui como objetivo principal assistir o ser humano em todos os aspectos. Quando uma enfermidade se instala, ocorre um desequilíbrio que atinge as dimensões fisiológicas, psicológicas e espirituais do ser humano. Pois, somos seres indivisíveis, segundo a literatura descrita.

⁷⁷ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1072.

⁷⁸ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1068.

⁷⁹ LIMA; FREITAS, 2011, p. 1068.

3 ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade e a religiosidade, frequentemente são termos empregados como sinônimos. Porém, a espiritualidade está vinculada a busca do ser pelo sentido da própria existência, através de uma conexão com o transcendente. Esta busca é capaz de promover o equilíbrio, gerando grandes transformações benéficas. A religiosidade está mais associada às práticas de rituais característicos de cada crença.

3.1 Definindo espiritualidade

Para definir espiritualidade no presente estudo, foram utilizados, artigos predominantemente voltados para a assistência de enfermagem dos ou das pacientes gravemente enfermos ou enfermas e aos familiares dos mesmos e das mesmas. Assim como, bibliografias focadas no autocuidado da equipe de enfermagem que atua no ambiente da terapia intensiva e pacientes que se encontram em estado paliativo.

Para Wilmar Barth, a espiritualidade, o religioso e o sagrado se tornaram temas em pauta na atualidade e este fenômeno tornou-se ainda mais evidente na saúde, segundo novos estudos que comprovam este fato.⁸⁰ Penha e Silva, também evidenciaram este fenômeno, através da constatação da inclusão da dimensão espiritual na nova definição de saúde.⁸¹

Segundo Barth, a espiritualidade, a religiosidade e a religião são termos semelhantes que podem ser confundidos e adotados como sinônimos. O autor afirma que é preciso realizar uma distinção entre os mesmos para permitir a compreensão de algumas questões pertinentes a todos os envolvidos com a religião e a saúde.⁸²

A espiritualidade na atualidade foi incluída na dimensão essencial humana, pode ser definida como uma força que dá sentido à vida e necessária para a

⁸⁰ BARTH, Wilmar Luiz. *A Religião Cura?* Teocomunicação, Porto Alegre, v. 44, n.1, p. 97-121, jan.-abr.; 2014. p. 98.

⁸¹ PENHA; SILVA, 2012, p. 261.

⁸² BARTH, 2014, p. 108.

evolução humana.⁸³ Assim temos a afirmativa que “toda a pessoa é necessariamente espiritual, pois é dotada de um espírito”.⁸⁴

Barth busca uma definição para o termo espírito: “A palavra espírito não compreende necessariamente a presença de um Deus, mas a presença da autoconsciência na pessoa, ou seja, a capacidade de reflexão e transcendência inerente a todo o ser humano”.⁸⁵ Para Barth, a espiritualidade possui como finalidade a busca de um sentido para a vida, ou seja, o encontro da finalidade existencial.⁸⁶

Penha e Silva, assim como Barth, atribuem um sentido existencialista a definição de espiritualidade. Os autores associam o termo a uma forma de transcendência à cultura e as crenças dos indivíduos:

A espiritualidade tem sido descrita, de modo geral através de elementos conceituais mais comuns, sendo estes: “sentido” que estaria relacionado a um sentido ontológico para a vida, advindo das mais diversas experiências; “valores” compostos por crenças e padrões culturalmente aceitos, estimados através de comportamentos comuns para determinados povos; “transcendência”, que seriam experiências que permeiam o campo da subjetividade [...] caracterizado pela busca do ser humano por um desdobramento da vida, a busca para um sentido pleno para a existência.⁸⁷

Eymard Vasconcelos complementa afirmando que a espiritualidade é algo não necessariamente vinculado à religião.⁸⁸ “É um conceito que ressalta principalmente a aproximação da dinâmica com o eu profundo, que não corresponde necessariamente aos caminhos padronizados difundidos pelas hierarquias tradicionais”.⁸⁹

Vasconcelos, assim como Penha e Silva, relacionam a questão cultural como parte integrante da espiritualidade do indivíduo, pois somos seres únicos e indivisíveis. Assim, nossa espiritualidade está diretamente relacionada aos valores e aspectos culturais. Os autores fundamentam a afirmação: “[...] Assim a priorização

⁸³ VIGIL, 2005, apud BARTH, 2014, p. 108.

⁸⁴ FERRER, apud BARTH, 2014, p. 108.

⁸⁵ BARTH, 2014, p. 108.

⁸⁶ BARTH, 2014, p. 108.

⁸⁷ PENHA; SILVA, 2012, p. 261.

⁸⁸ VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad: Cedes*, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 324-334, set-dez, 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: dez. 2018. p. 330.

⁸⁹ VASCONCELOS, 2009, p. 330.

do conceito de espiritualidade tem um papel inclusivo em uma sociedade que tende para a diversidade cultural”.⁹⁰

Boff, em concordância com Vasconcelos e Barth, salienta que as religiões não são o mais relevante sem a espiritualidade subjacente às mesmas.⁹¹ De acordo com Barth, a espiritualidade pode estar ligada ou não a uma prática religiosa formal. A espiritualidade pode ser definida como uma busca por segurança, conforto, bem-estar, força e de um ideal para a vida.⁹² Saad complementa a definição de Barth:

Espiritualidade seria um conjunto de crenças que trazem vitalidade e significado aos eventos da vida, uma propensão humana para o interesse pelos outros e por si mesmo, atendendo uma necessidade de encontrar razão, esperança e vontade de viver [...].⁹³

A espiritualidade também pode ser conceituada como uma busca do transcendente, por algo sagrado ou superior a existência humana, que possui como finalidade atribuir sentido a existência humana. A espiritualidade pode estar ou não atrelada a uma prática religiosa definida. Alguns autores debatem estas questões.

Para Letícia Schleder et al, a espiritualidade é uma busca individualizada pelo sagrado ou transcendente e pode ou não, estar relacionada a prática de rituais religiosos.⁹⁴ “[...] Propensão humana a buscar significados para a vida por meio que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio”.⁹⁵

Um indivíduo não precisa pertencer a uma determinada religião para alcançar a espiritualidade. Pois, a espiritualidade possui um conceito mais amplo que a religião. Uma vez que a espiritualidade refere-se à busca do sentido existencial.⁹⁶

Luciana Dezorzi e Maria Crossetti, afirmam que a espiritualidade é essencial ao ser e integra todos os aspectos da vida humana.⁹⁷

⁹⁰ VASCONCELOS, 2009, p. 330.

⁹¹ BOFF, 1999, apud VASCONCELOS, 2009, p. 330.

⁹² BARTH, 2014, p. 108.

⁹³ SAAD, 2008, apud BARTH, 2014, p. 109.

⁹⁴ SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucinéia Stach; PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Paes. *Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Acta paul Enferm. [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2013; 26(1): 71-8. p. 72.

⁹⁵ VOLCAN, 2013, apud BARTH, 2014, p. 110.

⁹⁶ SCHLEDER, 2013, p. 72.

⁹⁷ DEZORZI, Luciana Wintercorn; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008, março-abril, 16 (2). p. 2. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: jan. 2019.

[...] a espiritualidade é compreendida como um encontro de autoconhecimento do ser com sua dimensão mais íntima e bela – a espiritual – que possibilita a conexão consigo mesmo e com o cosmo, onde se atinge recursos inigualáveis que influenciam a vida humana e suas relações com o todo.⁹⁸

Além do aspecto da transcendência e da conexão com algo superior, Isabel Arrieira et al, associa diretamente a espiritualidade a presença de Deus: “Viver a espiritualidade é a forma amorosa de sentir o tempo, tendo o privilégio de ver Deus, o mistério último em toda a parte. A espiritualidade amplia a visão, possibilitando a relação de transcendência com esta força universal”.⁹⁹

Um aspecto relevante evidenciado no estudo da espiritualidade é o surgimento de sentimentos, que podem ser transformados em ações benéficas, por parte de todos aqueles e todas aquelas que vivenciam a prática da espiritualidade, tais como, a solidariedade, a compaixão e o amor incondicional. Estes sentimentos atribuem sentido ao processo de viver e morrer, assim como, são essenciais na implementação do cuidado espiritual, que deve ser integrado à prática dos e das profissionais envolvidos no cuidado humano.¹⁰⁰

A espiritualidade e a religiosidade têm recebido destaque na atualidade, principalmente a partir do ano 2000, após haver um crescimento das publicações sobre espiritualidade em saúde. Pois, as crenças e práticas religiosas e espirituais, são consideradas ferramentas importantes para lidar com situações de desequilíbrio da saúde e de preparo para a morte.¹⁰¹

Hoje a espiritualidade é considerada até mesmo nos aspectos referentes às relações interpessoais dos profissionais.¹⁰² Frequentemente, os conceitos de espiritualidade, religiosidade e religião têm sido empregados como sinônimos, principalmente até a virada do século XIX. No entanto, para que haja uma definição mais clara dos mesmos, cabe estabelecer uma diferenciação entre estes.¹⁰³

⁹⁸ DEZORZI e CROSSETI, 2008, p. 2.

⁹⁹ ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira; THOFERN NB, Maria Buss; SCHAFERC, Osmar Miguel; KANTORSKI, Luciane Prado; CARDOSOB, Daniela Habesost. O sentido do cuidado espiritual na integralidade na atenção em cuidados paliativos. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017, 38 (3). Epub 12-Abr-2018. p. 5.

¹⁰⁰ ARRIEIRA et al, 2017, p. 2.

¹⁰¹ PENHA; SILVA, 2012, p. 261.

¹⁰² PENHA; SILVA, 2012, p. 261.

¹⁰³ FARRA, Rosano André; GEREMIA, Cesar. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34 (4): 587-597. Canoas: Universidade Luterana do Brasil, RS. 2010. p. 588.

Segundo Rosano Farra e César Geremia, a religião possui a seguinte definição: “[...] prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada em uma comunidade”.¹⁰⁴ Para Penha e Silva a religião está relacionada à rituais. Os autores fundamentam a afirmação: “[...] Religião por sua vez, pode ser compreendida como a sistematização de elementos ritualísticos e simbólicos, que configuram e determinam o modo como às pessoas acessam o divino e o sagrado [...]”.¹⁰⁵ Schleder et al, em concordância com Penha e Silva, atribui o conceito de religião às práticas de rituais: “É um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus Força Maior, Verdade Suprema)”.¹⁰⁶ Raquel Panzini et al, elabora uma reflexão mais ampla dos conceitos de religião e religiosidade. Afirma que a religião continua a existir até mesmo após a morte do ser:

[...] A religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.¹⁰⁷

Para Benko, a religião é associada à crença no sobrenatural: “Religião é uma crença no sobrenatural ou em uma força divina que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência por intermédio de código abrangente de ética e de filosofia [...]”.¹⁰⁸ Segundo Ana Catarina Elias, a religião pode ser definida como: “[...] confissões de fé, são formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias”.¹⁰⁹ Para a autora, a espiritualidade pode não estar relacionada à adesão de uma prática religiosa. Assim como, a religiosidade pode não estar associada ao desenvolvimento pleno da espiritualidade: “[...] existem pessoas espiritualizadas que nunca participaram de organizações religiosas e existem outras que frequentam regularmente serviços religiosos e não são espiritualizadas [...]”.¹¹⁰ Pois, Elias atribui a espiritualidade à ampliação da consciência através de um contato com a divindade, com sentimentos e pensamentos superiores que

¹⁰⁴ FARRA; GEREMIA, 2010, p. 588.

¹⁰⁵ PENHA; SILVA, 2012, p. 261.

¹⁰⁶ SCHLEDER et al, 2013, p. 72.

¹⁰⁷ PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECH, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. Psiq. Clin. [online]*, Universidade de São Paulo, São Paulo. 34, supl. 1, 105-115, POA-RS, 2007. p. 106.

¹⁰⁸ BENKO apud SCHLEDER et al, 2013, p. 72.

¹⁰⁹ ELIAS, Ana Catarina de Araújo. *Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Materiais e Espiritualidade*. Psicologia, Ciência e Profissão [online], Conselho Federal de Psicologia, Brasília. 2003, 23(1), 92-97, p. 93.

¹¹⁰ ELIAS, 2003, p. 93.

fortalecem e amadurecem o ser. A autora refere que isso pode ocorrer através de práticas tais como a meditação.¹¹¹

Portanto, a espiritualidade pode estar relacionada a uma conexão com o transcendente e a uma busca por valores fortalecedores que atribuem sentido à vida humana. E as práticas religiosas, podem estar associadas aos rituais próprios de cada crença religiosa.

3.2 Espiritualidade na Saúde

Uma visão focada somente na análise biologicista do ser humano, desviou a atenção aos aspectos espirituais envolvidos na compreensão do processo saúde-doença. Vasconcelos fundamenta a afirmação:

[...] a visão dualista inerente ao paradigma newtoniano e cartesiano de ciência, que separa o mundo da matéria do mundo do espírito, tornou ilegítima a consideração das dimensões religiosas da vida humana na investigação da gênese das doenças e na busca por medidas terapêuticas. [...]¹¹²

De acordo com o autor, os momentos destinados ao debate das vivências espirituais nos espaços acadêmicos têm ocorrido de forma rara e silenciosa devido a um sentimento de vergonha, ocasionado pela suspeita do modelo newtoniano-cartesiano de ciências em relação à religião.¹¹³ No entanto, o surgimento de uma crescente insatisfação causada por este modelo que enfatiza os aspectos biologicistas, ocasionou uma mudança em relação a esta visão. Vasconcelos, afirma que mesmo após esta mudança cultural, poucos estudos acadêmicos em saúde, aderiram à análise da espiritualidade do ser, na compreensão do processo saúde-doença.¹¹⁴ Mas, Penha e Silva, apresentam argumentos contrários à Vasconcelos. Os mesmos, afirmam que a ciência e a religião têm se aproximado de forma mais intensa.¹¹⁵

[...] Indubitavelmente, o processo de retomada dos valores humanos no atendimento, associado a importância cultural dos aspectos religiosos como itinerantes no processo cura/reabilitação de doenças, têm sido mecanismos

¹¹¹ ELIAS, 2003, p. 95.

¹¹² VASCONCELOS, 2009, p. 324.

¹¹³ VASCONCELOS, 2009, p. 324.

¹¹⁴ VASCONCELOS, 2009, p. 324.

¹¹⁵ PENHA; PAES, 2012, p. 261.

fundamentais para a entrada do discurso da espiritualidade, no atendimento em saúde.¹¹⁶

Barth, em concordância com Penha e Silva, afirma que a religião e a espiritualidade são ferramentas importantes na compreensão do processo cura e adoecimento.¹¹⁷ Para o autor:

O sagrado e o religioso, particularmente a espiritualidade e a fé, retornaram como temas de pauta na atualidade. [...] Isto é ainda mais visível quando se toma em conta a questão saúde. Inúmeros são os estudos envolvidos nesta área.¹¹⁸

Veridiana Pacheco e Marli Souza relatam que na atualidade, a relação entre ciência e espiritualidade, tem promovido mudanças que estão sendo debatidas por diversas áreas do conhecimento ao longo dos últimos anos.¹¹⁹

Nas últimas três décadas, a comunidade científica mundial avança em direção a uma crítica em relação a ciência moderna. [...] Os paralelos entre ciência e espiritualidade, estão aparecendo não apenas na física, mas também na biologia, na psicologia e em outras ciências. [...] ¹²⁰

Barth complementa a afirmação das autoras: “[...], no entanto, todo este avanço científico e racional foi como parte da entrada para novos dilemas existenciais, e o ser humano se deu conta de sua fragilidade”.¹²¹ Portanto, estes sentimentos de vazio e de empobrecimento dos valores espirituais, referidos pela literatura, também se refletiram na assistência em saúde. Panzini et al, reforça as afirmações de Pacheco e Souza, referentes ao estabelecimento de uma relação direta entre a ciência e a espiritualidade, abordando o surgimento da espiritualidade baseada em evidências.¹²²

[...] Existem abundância de dados sobre os impactos da religião na vida das pessoas. [...] Atualmente, existem centenas de artigos científicos mostrando

¹¹⁶ PENHA; PAES, 2012, p. 261.

¹¹⁷ BARTH, 2014, p. 99.

¹¹⁸ BARTH, 2014, p. 98.

¹¹⁹ PACHECO, Veridiana de Fátima Robaina; SOUZA, Marli Olina. *Saúde e Espiritualidade: A Visão sistêmica da Família e o Processo de Ampliação da Consciência*. Temas em educação em saúde. [S.l.], junho 2016, ISSN 2526-7471. Disponível em: <<http://periodicosfclar.unesp.br/tes/article/view9817>>. Acesso em: mar. 2019. p. 110.

¹²⁰ PACHECO, Veridiana de Fátima Robaina; SOUZA, Marli Olina. *Saúde e Espiritualidade: A Visão sistêmica da Família e o Processo de Ampliação da Consciência*. Temas em educação em saúde. [S.l.], junho 2016, ISSN 2526-7471. Disponível em: <<http://periodicosfclar.unesp.br/tes/article/view9817>>. Acesso em: mar. 2019. p. 110.

¹²¹ BARTH, 2014, p. 100.

¹²² PANZINI et al, 2007, p. 106.

uma associação entre espiritualidade/religião e saúde – que é estatisticamente válida e possivelmente causal.¹²³

Valdir Reginato et al, aborda a relevância da espiritualidade e da fé para a assistência em saúde. De acordo com o autor, mesmo que estes temas tenham sido evitados ou até desconsiderados nas últimas décadas, os mesmos sempre estiveram presentes nos fatores influentes dos processos de cura.¹²⁴

Barth, justifica a inclusão da espiritualidade, como uma ferramenta válida para a implementação da assistência em saúde, que tem sido frequentemente mencionada pela literatura.¹²⁵ O autor ressalta que a modernidade e a pós-modernidade, ocasionaram um desencanto, originando o individualismo e desta forma, resultando em um empobrecimento dos valores espirituais.¹²⁶ Portanto, estes sentimentos referidos na literatura, atingiram a assistência em saúde, causando uma mudança de paradigmas. Na atualidade, a adesão de disciplinas voltadas para a implementação da assistência espiritual de pacientes e familiares na estrutura curricular dos cursos de graduação¹²⁷ de diferentes áreas da saúde, tem sido apontada pela literatura como um foco de preocupação. Reginato complementa:

Tem sido conhecido o fato de que o ensino baseado exclusivamente no modelo biomecânico, não responde aos anseios de estudantes e jovens profissionais da área da saúde no que diz respeito ao tema humanização em saúde.¹²⁸

Reginato et al, relata a fala de estudantes dos cursos de graduação em enfermagem e medicina, obtidas através de um estudo científico da própria autoria. Este foi elaborado com estudantes matriculados e matriculadas na disciplina optativa Espiritualidade e Saúde, na universidade que foi realizada a pesquisa referida:

¹²³ LEVIN, 1994, apud PANZINI, 2007, p. 106.

¹²⁴ REGINATO, Valdir; BENETTO, Maria Auxiliadora Graice; GALLIAN, Dante Marcelo Claramonte. *Espiritualidade e Saúde: Uma Experiência na Graduação em Medicina e Enfermagem*. Trab. Educ. Saúde [online], Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan./abr., 2016. p. 238.

¹²⁵ BARTH, 2014, p. 99.

¹²⁶ BARTH, 2014, p. 99.

¹²⁷ O IESVAP - Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba S.A, realizou nos dias 15 e 16 de fevereiro de 2019, o primeiro simpósio de medicina e espiritualidade e o lançamento da disciplina Medicina e Espiritualidade como parte integrante da grade curricular. Assim como, o Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), iniciou o Programa Espiritualidade e Religiosidade (proSER), no qual os ou as pacientes que estão realizando tratamento no Instituto de Psiquiatria, respondem uma anamnese que visa mapear o perfil espiritual e ou religioso dos mesmos.

¹²⁸ REGINATO et al, 2016, p. 248.

Durante o curso Espiritualidade e saúde, os estudantes de medicina e enfermagem, mostraram suas preocupações acerca da desumanização vigente nas práticas das ciências da saúde, principalmente caracterizados por pacientes descontentes diante de profissionais que talvez por falta de preparo, praticamente ignoram o sofrimento de seus pacientes. [...] ¹²⁹

Arrieira et al, assim como Reginato, também aponta o despreparo dos e das profissionais da saúde para a implementação da assistência espiritual: “Sabe-se que as necessidades espirituais das pessoas com doenças que ameaçam a vida, geralmente, não são atendidas pelos profissionais da saúde em virtude da falta de preparo”. ¹³⁰

Pacheco e Souza relatam sobre a visão holística do ser humano e de sua indivisibilidade. Ou seja, o ser é composto pelo corpo e pela alma. A doença instala-se a partir do momento que ocorre um processo de desequilíbrio. ¹³¹

Corpo e alma formam um todo indivisível [...]. É completamente consistente com a ciência moderna, na qual viemos a compreender a relação entre mente e corpo como uma relação entre processo (cognitivo) e estrutura (viva) que representam dois aspectos complementares do fenômeno da vida [...] a doença é causada não somente por germes, substâncias químicas e traumas físicos, mas também por disfunções crônicas dos padrões de energia emocional e pelos maus hábitos de relacionamento da pessoa consigo mesmo e com os outros. ¹³²

Deolindo Feltz, afirma que o ser humano embora seja único, é composto por diversas partes. ¹³³ Clinebell e Feltz, relatam que a assistência integral do ser visando o equilíbrio, abrange seis dimensões, descritas pelos autores como “[...] interdependentes da vida de uma pessoa [...]”. ¹³⁴ Os autores complementam a afirmação, descrevendo os aspectos que abrangem a assistência holística do ser:

[...] para haver integralidade, é preciso: avivar a mente (psico), revitalizar o corpo (bio), renovar e enriquecer os relacionamentos íntimos (socio), aprofundar a sua relação com a natureza e a biosfera (eco), crescer em relação a instituições significativas em sua vida (insti), aprofundar e revitalizar o relacionamento com Deus (espiritual). ¹³⁵

¹²⁹ REGINATO et al, 2016, p. 248

¹³⁰ ARRIEIRA et al, 2017, p. 2.

¹³¹ PACHECO; SOUZA, 2016, p. 116.

¹³² PACHECO; SOUZA, 2016, p. 116.

¹³³ FELTZ, Deolindo. Oncologia e espiritualidade: relevância e possibilidades de uma capelania hospitalar junto a pacientes oncológicos indicados a um programa de cuidados paliativos. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 82 p. Orientador Nilton Eliseu Herbes – São Leopoldo: EST/PPG/2017. p. 11.

¹³⁴ CLINEBELL, 2007, apud FELTZ, 2017, p. 12.

¹³⁵ CLINEBELL, 2007, apud FELTZ, 2017, p. 12.

Carla Braz Evangelista et al, em concordância com Pacheco e Souza, aponta a existência e a relevância da dimensão espiritual do ser humano. Reforçando a impossibilidade de focar a atenção apenas para os aspectos biológicos, negligenciando ou ignorando a espiritualidade do ser:

A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente relacionados com os processos de saúde e doença [...]¹³⁶

Arrieira et al, assim como Evangelista, também menciona a impossibilidade de desconsiderar as dimensões espirituais dos e das pacientes:

[...] surge também o despertar do ser humano quanto aos valores relacionados a espiritualidade. Sendo frequentes as pesquisas que demonstram que as crenças espirituais influenciam o enfrentamento de doenças. Sendo cada vez mais difícil ignorar as necessidades espirituais dos pacientes [...]¹³⁷

O reconhecimento dos aspectos espirituais do ser torna-se essencial para a prática profissional. “[...] Pesquisa ressalta que os enfermeiros precisam conhecer as necessidades espirituais dos pacientes para que possam refletir e esclarecer preocupações que perturbam o equilíbrio espiritual de cada indivíduo”.¹³⁸

Para Evangelista et al, os e as profissionais da enfermagem reconhecem a espiritualidade como algo intrínseco ao ser humano, como um fator que promove apoio, força e fé.¹³⁹ De acordo com a autora, uma assistência de enfermagem considerando uma visão holística, promove um cuidado de enfermagem de qualidade.¹⁴⁰

Arrieira et. al. e Koenig propõem uma conduta prática voltada para garantir uma assistência de enfermagem fundamentada na humanização e na consideração dos aspectos espirituais dos e das pacientes: “os profissionais de saúde devem obter um histórico espiritual de todos os pacientes com doença crônica,

¹³⁶ EVANGELISTA, Carla Braz; LOPES, Maria Emília Limeira; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; BATISTA, Patrícia Serpa de Souza; OLIVEIRA, Regina Célia de. *Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros*. Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro. 2016, 20(1), jan.-mar., pp 176-182. p. 177.

¹³⁷ ARRIEIRA et al, 2017, p. 2.

¹³⁸ RONALDSON, 2012, apud EVANGELISTA et al, 2016, p. 177.

¹³⁹ EVANGELISTA, 2016. p. 178.

¹⁴⁰ EVANGELISTA, 2016, p. 177.

incapacitante, ou grave e documentá-lo, assim como, o que fazem em relação aos aspectos físicos e psicológicos”.¹⁴¹

Thays Dutra Chiarato Veríssimo, relata sobre um dos possíveis diagnósticos de enfermagem, constatado pelo enfermeiro ou pela enfermeira ao implementar a sistematização do atendimento de enfermagem, denominado, “Risco para o sofrimento espiritual”. O mesmo integra a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, presente na organização profissional, atualmente denominada como NANDA Internacional (NANDA-I).¹⁴² Esta ferramenta utilizada para a implementação da prática de enfermagem, na atualidade vem contribuindo para a autonomia da profissão, pois permite que enfermeiros ou enfermeiras possam implementar uma prática holística. No entanto, estes diagnósticos necessitam ser compartilhados com técnicos e técnicas de enfermagem, para que possam ser implementadas ações conjuntas, visando o atendimento integral aos enfermos ou as enfermas, que considere as dimensões espirituais do ser.

Veríssimo relata a descrição associada ao diagnóstico de enfermagem “Risco para o sofrimento espiritual”, segundo a taxonomia da NANDA-I:

[...] paciente que estiver em processo de transição de vida, fora surpreendido por desastre natural e/ou mudança de ambiente, [...] usuários de drogas, [...] enfermidades crônicas e/ou físicas, esteja ansioso, com baixa autoestima, desenvolvendo barreiras para experimentar o amor, ou ainda em conflito cultural, racial ou em estado depressivo, com incapacidade de perdoar, tenha tido mudanças em rituais religiosos ou espirituais, ou perdas, independente da magnitude, ou ainda sua relação interpessoal seja ineficaz com separação do sistema de apoio, podem vir a desenvolver sofrimento espiritual.¹⁴³

Maria Aparecida Gussi e Jane Lynn Dytz relatam sobre a participação ativa da espiritualidade ao longo da história da enfermagem:

[...] buscou-se verificar quais os pontos de inserção entre o discurso da enfermagem e os preceitos que albergam a religião/religiosidade e espiritualidade, como se deu a incorporação e o reflexo deste discurso nas

¹⁴¹ KOENING, 2012, apud ARRIEIRA et al, 2017, p. 2.

¹⁴² VERÍSSIMO, Thays Dutra Chiarato. Cuidado pré-operatório de enfermagem e a utilização do diagnóstico de enfermagem “risco de sofrimento espiritual”, realidade ou utopia. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 74 p. Orientador Nilton Eliseu Herbes – São Leopoldo: EST/PPG/2017. p. 48.

¹⁴³ DA NANDA, 2015 apud VERÍSSIMO, 2017, p. 48.

práticas assistenciais, no ensino, no delineamento e na organização da profissão.¹⁴⁴

As autoras referem que estas junções destes três fatores estão relacionadas à oposição ao profano, ou seja, estas práticas priorizam algo que se distingue do material. A enfermagem contemporânea também foi baseada em princípios cristãos.¹⁴⁵ O surgimento das enfermidades ocasiona um profundo impacto na vida dos e das pacientes e dos familiares. Estas mudanças podem gerar repercussões positivas ou negativas na vida de todas as pessoas envolvidas neste processo.

Diante do adoecimento, comumente surge o temor da morte. Segundo Arrieira et al, a espiritualidade é uma ferramenta essencial para o conforto espiritual do ser.¹⁴⁶ “A espiritualidade fornece preparo para o enfrentamento da morte com naturalidade, sendo então, importante manter ativa esta relação com um pensamento que os remete a espiritualidade”.¹⁴⁷ Arrieira et al, complementa a afirmação:

[...] a partir do cultivo deste valor, compreende-se que a terminalidade da vida é apenas a morte física de um indivíduo, sendo que existe algo muito além do viver humano. [...] Observa-se que a tranquilidade perante o fim tem relação com a confiança depositada em Deus. O fato de não sentirem medo da morte, inclusive permite que o assunto seja abordado junto a seus familiares, possibilitando um preparo para esse momento.¹⁴⁸

O surgimento de uma enfermidade, assim como o ato de considerar uma possível complicação no quadro clínico que poderia resultar na morte do paciente ou da paciente, foi mencionado na literatura como um momento capaz de gerar inúmeras transformações na vida do sujeito e dos familiares. Arrieira et al, ressalta que ao considerar a possibilidade de morrer, o ou a paciente comumente valoriza a vida.¹⁴⁹ “Na vigência da proximidade da morte, o tempo passa a ser compreendido com grande importância no que se refere a existência”.¹⁵⁰

Vasconcelos relata sobre os conflitos pessoais e familiares desencadeados pelo adoecimento:

¹⁴⁴ GUSSI, Maria Aparecida; DYTZ, Jane Lynn. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [online], Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2008, maio-jun.: 61(3): 377-84. p. 378.

¹⁴⁵ GUSSI e DYTZ, 2008, p. 378.

¹⁴⁶ ARRIEIRA et al, 2017, p. 5.

¹⁴⁷ ARRIEIRA et al, 2017, p. 5.

¹⁴⁸ ARRIEIRA et al, 2017, p. 5.

¹⁴⁹ ARRIEIRA et al, 2017, p. 5.

¹⁵⁰ ARRIEIRA et al, 2017, p. 5.

A crise existencial trazida pela doença, leva o paciente e seu grupo social a importantes questionamentos sobre suas vidas. São questionamentos intensamente impregnados de emoção, em que elementos inconscientes da subjetividade participam intensamente. Podem resultar em amplas transformações positivas ou em grandes catástrofes pessoais e familiares.¹⁵¹

Vasconcelos complementa:

[...] Os portadores de doenças graves vivem crises subjetivas intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes de subjetividade. É nessa elaboração subjetiva profunda que são construídos novos sentidos e significados para suas vidas, capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do viver, exigida para a conquista da saúde. [...] ¹⁵²

Para Vasconcelos, esta reorganização no estilo de vida dos ou das pacientes e dos grupos familiares impostos pelo surgimento da doença, exige uma grande força interior que pode ser estimulada através da vivência da espiritualidade, da religiosidade e do apoio dos e das profissionais da saúde, quando estes e estas são devidamente capacitados e capacitadas para a tarefa.¹⁵³

Moema da Silva Borges et. al., reforça as afirmações de Vasconcelos e Arrieira et. al., sobre a relevância de focar a atenção para a promoção do conforto espiritual na assistência implementada ao ou a paciente. A autora afirma que a espiritualidade e a religiosidade, são essenciais para a aquisição de conforto e coragem diante das adversidades da vida.¹⁵⁴

As crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar o modo como os pacientes e profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem com os outros. [...] há razões clínicas para abordar a espiritualidade e a religiosidade na prática de saúde, dentre as quais se destacam: muitos pacientes são religiosos e gostariam de abordar estes temas nos cuidados em saúde; as crenças religiosas afetam decisões médicas e podem criar obstáculos na adesão aos tratamentos. [...] muitos pacientes tem necessidades espirituais relacionadas a doença que podem afetar sua saúde mental e tais demandas precisam ser atendidas.¹⁵⁵

Portanto, a espiritualidade revelou-se essencial para o enfrentamento das situações de doença e morte. A espiritualidade é capaz de fornecer suporte aos enfermos ou as enfermas e aos familiares dos mesmos ou das mesmas. “[...] A

¹⁵¹ VASCONCELOS, 2009, p. 325.

¹⁵² VASCONCELOS, 2009, p. 325.

¹⁵³ VASCONCELOS, 2009, p. 325.

¹⁵⁴ BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Rev. Bras. Enferm.*, 2015, jul.-ago.; 64 (4): 609-16. Disponível em: <<http://dx.doi.org/101590/0034-7167.201568046i>>. Acesso em: mar. 2019. p. 610.

¹⁵⁵ KOENING, 2012, apud BORGES et al, 2015, p. 610.

espiritualidade promove suporte por meio da fé, da oração, da confiança em algo superior, dando-lhes força para enfrentamento e atribuído sentido à vida”.¹⁵⁶

3.3 Espiritualidade na UTI

A internação na Unidade de Terapia Intensiva gera grande impacto aos enfermos ou as enfermas e aos familiares, devido à incerteza da possibilidade de recuperação. Pois, as UTI's, são destinadas aos pacientes considerados ou as pacientes consideradas de alto risco.

Geralmente, no ato da admissão em unidades destinadas ao cuidado intensivo, pacientes e familiares desviam a atenção imediatamente para a espiritualidade e religiosidade. Schleder et. al., atribui este fato ao medo do desconhecido e do desfecho.¹⁵⁷ Soares e Dall'Agnol, mencionam que no ato da admissão o ou a paciente apresenta um sentimento de vulnerabilidade.¹⁵⁸

[...] o paciente apresenta suas queixas, conta sua história e oferece seu corpo como palco. A partir daí, passa a ser plateia, esperando ansiosamente pelo desenrolar de um enredo do qual já não participa ativa e autonomamente.¹⁵⁹

Schleder, Soares e Dall'Agnol em concordância, apontam a perda da privacidade e a vulnerabilidade como sentimentos relevantes e potenciais geradores de estresse aos e as pacientes das UTI's.

A literatura descreve uma diversidade de fatores que podem remeter os enfermos ou as enfermas e os familiares da UTI, a experimentarem conflitos emocionais, dúvidas, angústias e o temor da dor física causada pela realização de procedimentos invasivos comuns à unidade. Estes fatores ocasionam um direcionamento da atenção dos ou das pacientes e familiares, para aspectos, tais como, religião e espiritualidade, com o objetivo dos mesmos e das mesmas buscarem um suporte para o enfrentamento. Dezorzi e Crossetti fundamentam o sentido da espiritualidade:

¹⁵⁶ ARRIEIRA et al, 2017, p. 4.

¹⁵⁷ SCHLEDER et al, 2013, p. 72.

¹⁵⁸ SOARES e DALL'AGNOL, 2011, p. 684.

¹⁵⁹ SERINO S.A. *Diagnóstico compreensivo simbólico: uma psicossomática para a prática clínica*, 2011, apud SOARES e DALL'AGNOL, 2011, p. 684.

A espiritualidade é o que produz transformação interior no ser humano. A partir da profunda mudança interior, a espiritualidade desencadeia uma rede de transformações na comunidade, na sociedade e nas relações com a natureza e com o universo.¹⁶⁰

Ponte et. al., afirma que a desorientação referente ao tempo e espaço na Unidade de Terapia Intensiva pode contribuir significativamente para a confusão mental dos e das pacientes.¹⁶¹

A privação da luz natural, comum na maioria das unidades de terapia intensiva, foi descrita na literatura, como uma causa de estresse e desconforto. “Em UTI pequenos detalhes fazem a diferença, como a iluminação natural, a qual confere aos pacientes uma melhor situação quanto ao turno do dia. [...] A desorientação causa desconforto”.¹⁶² Para promover o alívio da desorientação, Ponte et. al. e Whytaker, propõem as seguintes estratégias que podem ser implementadas na assistência:

Quanto aos cuidados de enfermagem para promover conforto nestas circunstâncias, incluem-se a observação do estado geral, [...] controle da dor, transmitir calma, facilitar a orientação no tempo e no espaço, facilitando a comunicação e a presença de pessoas significativas sempre que possível.¹⁶³

A ausência da família, principalmente nas primeiras horas após a admissão na unidade, é um dos fatores geradores de impacto emocional. Assim como, a estranheza, causada pela presença dos recursos tecnológicos disponíveis na unidade e pelo contato com a equipe multidisciplinar. Os autores complementam:¹⁶⁴

Fatores como o confinamento a que o cliente se vê submetido, a distância de casa, a ausência de familiares, desconhecimento do ambiente, contatos com pessoas estranhas e equipamentos complexos, são causas de ansiedade, preocupação e desconforto durante a hospitalização em uma unidade de terapia intensiva.¹⁶⁵

Diante desta situação descrita, a presença da família é essencial.¹⁶⁶

Quanto ao envolvimento da família junto da pessoa com adoecimento em terapia intensiva, este favorece um cuidado mais humanizado. Contudo, é imprescindível que o enfermeiro dê apoio e orientação para os familiares,

¹⁶⁰ DEZORZZI e CROSSETTI, 2008, p. 4.

¹⁶¹ PONTE et al, 2012, p. 671.

¹⁶² PONTE et al, 2012, p. 671.

¹⁶³ WHITAKER, 2011, apud PONTE et al, 2012, p. 672.

¹⁶⁴ PONTE et al, 2012, p. 670.

¹⁶⁵ CAVALCANTI, 2011, apud PONTE et al, 2012, p. 670.

¹⁶⁶ PONTE et al, 2012, p. 670.

levando em consideração que muitos ficam ansiosos ao entrar em uma unidade de terapia intensiva.¹⁶⁷

Ponte et. al., destaca que medo da morte é um sentimento comum a muitos pacientes internados na unidade de terapia intensiva. Este ocasiona diversos problemas associados ao desconforto espiritual.¹⁶⁸

Com base neste aspecto, o paciente de UTI fica mais vulnerável nestes ambientes, por serem destinados a pacientes graves, com possibilidade de morte e apresenta com frequência ansiedade, depressão, raiva, negação e dependência.¹⁶⁹

Fatores tais como, o medo de experimentar a dor durante a realização de procedimentos invasivos e até mesmo o temor de almas, foram apontados pela autora como causas provedoras de desconforto psicológico e espiritual.¹⁷⁰ Perante estas situações descritas, a autora ressalta a importância de esclarecimentos destinados a afastar temores presentes na imaginação humana, tais como, o medo de almas e as inseguranças relacionadas às etapas do tratamento, que poderiam desencadear a dor física e contribuir para o desconforto espiritual.¹⁷¹ Fatores como, o estresse e o desconforto espiritual, gerados pela internação nas Unidades de Terapia Intensiva, também atingem os familiares.

Segundo Schleder et. al., a espiritualidade pode estar presente, diante da internação de um familiar na UTI. No entanto, esta pode ter uma presença positiva ou negativa neste processo. Ou seja, a espiritualidade pode ser uma ferramenta de apoio ou culpa pelo ocorrido.¹⁷²

Os autores mencionam os conceitos de *coping* e *coping religioso*, para esclarecer as etapas do processo vivenciado pelos familiares dos ou das pacientes internados em na UTI.¹⁷³

O processo de enfrentamento ou *coping* pode ser descrito como um processo situacional, um conjunto de estratégias utilizadas por pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes. [...] O objetivo do *coping* constitui-se na interação de uma resposta, geralmente, orientada para a redução do estresse. [...] O *coping* religioso/espiritual é definido como sendo o uso de crenças e comportamentos religiosos que

¹⁶⁷ BECCARIA, 2008, apud PONTE et al, 2008, p. 670.

¹⁶⁸ PONTE et al, 2012, p. 670.

¹⁶⁹ PONTE et al, 2012, p. 670.

¹⁷⁰ PONTE et al, 2012, p. 670.

¹⁷¹ PONTE et al, 2012, p. 671.

¹⁷² SCHLEDER et al, 2013, p. 72.

¹⁷³ SCHLEDER et al, 2013, p. 72.

buscam facilitar a solução de problemas, prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas.¹⁷⁴

Portanto, o conceito de *coping* religioso/espiritual, pretende descrever uma das possíveis formas de enfrentamento dos familiares, diante das incertezas geradoras de desconforto espiritual, ocasionado pela internação do ou da paciente na UTI. Consiste, em uma busca pela espiritualidade, a fim de prover apoio e conforto, esta poderia influenciar diretamente a qualidade de vida dos familiares envolvidos. No entanto, esta busca pela espiritualidade, pode gerar consequências benéficas ou negativas à família.

O autor define os aspectos positivos e negativos das diferentes formas de enfrentamentos, associados à qualidade de vida:

[...] Quando abrange estratégias que proporcionem efeito benéfico e positivo [...] pode envolver uma expressão de espiritualidade, segurança no relacionamento com Deus e conseqüentemente, resultar em uma melhor qualidade de vida. Ao passo que o enfrentamento negativo reflete estratégias que geram conseqüências prejudiciais ao indivíduo, como por exemplo, questionar a existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus resoluções de problemas, sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus [...] redefinir o estressor como punição divina [...] trazendo como conseqüências índices mais baixos de qualidade de vida.¹⁷⁵

Os ou as profissionais da enfermagem, tais como técnicos e técnicas em enfermagem e enfermeiros e enfermeiras, são membros da equipe multidisciplinar¹⁷⁶ que permanecem longos períodos prestando assistência aos e as pacientes, e aos familiares nos momentos de visitaçãõ. Devido a este fato, a equipe de enfermagem possui um papel relevante na implementação do apoio espiritual aos enfermos ou enfermas e aos familiares.

[...] seria importante que o enfermeiro conseguisse identificar o tipo de *coping* utilizado pelos familiares de pacientes de UTI, para então iniciar o planejamento de sua assistência, (re) pensar a assistência de uma forma ampliada, buscando incluir a espiritualidade, como elemento inerente ao tratamento e inserindo os familiares nesse contexto.¹⁷⁷

Portanto, a espiritualidade e a religiosidade, têm recebido atenção na assistência de enfermagem a pacientes e familiares das UTI's. Pois, a conexão com

¹⁷⁴ KOENIG et al, 1998, apud SCHLEDER, 2008, p. 72.

¹⁷⁵ SCHLEDER, 2008, p. 72.

¹⁷⁶ Equipe que atua na assistência nas unidades de terapia intensiva, composta em sua maioria por médicos e médicas intensivistas, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, técnicos ou técnicas em enfermagem, enfermeiros ou enfermeiras intensivistas e assistentes sociais.

¹⁷⁷ SCHLEDER, 2008, p. 73.

a espiritualidade é capaz de gerar equilíbrio, esperança e tranquilidade a todos os envolvidos no processo saúde-doença.

Agnes Claudine Longuinieri et. al., fundamenta esta afirmativa: “A religiosidade e a espiritualidade, tem sido reconhecidas no contexto de saúde por terem demonstrado sua influência no auxílio de enfrentamento, além de trazer um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas”.¹⁷⁸

Segundo a literatura, a espiritualidade é fundamental para a assistência de enfermagem na UTI: “[...] apoiado na literatura, [...] se compreende que a dimensão espiritual traz paz, tranquilidade, harmonia, bem-estar, compreensão e valorização do outro, enquanto ser humano”.¹⁷⁹

Portanto, a internação na Unidade de Terapia Intensiva, geralmente contribui para que os ou as pacientes e familiares se voltem para a espiritualidade, pois esta situação ocasiona diversos conflitos capazes de desencadear desconforto psicológico e espiritual. Devido a fatores tais como: o isolamento social e familiar imposto pela internação na unidade, a perda da privacidade, a ausência de luz e ventilação natural, a perda da privacidade, as incertezas em relação ao prognóstico, o medo da morte, o temor da dor física, desencadeado pela realização de procedimentos, assim como, a presença dos equipamentos que tornam possível a sobrevivência dos enfermos ou enfermas. Diante desta realidade relatada, a inclusão do apoio espiritual na assistência de enfermagem, é eficaz para contribuir para o bem-estar de todas as pessoas envolvidas no processo saúde-doença.

Pois, a espiritualidade promove equilíbrio, fortalece a esperança e atribui forças para o enfrentamento neste momento de incertezas, dores e angústias. O apoio espiritual, tem se evidenciado relevante na assistência humanizada do ser que contempla uma visão holística. No entanto, agregar o atendimento humanizado à prática de enfermagem em uma UTI, constitui um grande desafio, devido a peculiaridade da sistematização da assistência aos enfermos ou enfermas da unidade.

¹⁷⁸ LONGUINIEMI, Agnes Claudine Fontes de La; YARID, Sergio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade /espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Rev. Cuid.* 2018: 9 (1): 1961-72., p. 168. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649.cuidarte.v9i.413>>. Acesso em: março de 2019.

¹⁷⁹ OLIVEIRA, 2012, apud LONGUINEIRI, 2018, p. 168.

4 CUIDADO HUMANIZADO E ESPIRITUALIDADE NO AMBIENTE DA UTI

A valorização da espiritualidade na assistência de saúde tem sido apontada pela literatura como um resultado proveniente de uma mudança de paradigmas, que visa atender integralmente o ser humano, considerando a impossibilidade da fragmentação do ser. Nas UTI's, diversos fatores mencionados anteriormente, contribuem para o desconforto dos ou das pacientes e familiares. A inclusão de um cuidado humanizado, que considere o bem-estar espiritual de pacientes e familiares das UTI's, tem sido foco de atenção e pesquisa nas últimas décadas, segundo a literatura.

Daniel Hoepfner fundamenta a afirmação, abordando a relevância do cuidado integral ao ser humano, considerando todas as suas dimensões:

Conceber o ser humano como um ser integral é dar a ele possibilidades de crescimento e equilíbrio. Um crescimento voltado a sua saúde holística, que exige harmonia. [...] Conseqüentemente, toda pessoa “adoentada” fisicamente, ou não, deve ser cuidada, tendo em vista a totalidade de sua existência. A *cura* é um processo contínuo de desvelos integrais.¹⁸⁰

No entanto, a complexa rotina de trabalho da equipe de enfermagem da UTI, associada ao afastamento das rotinas de vida dos e das pacientes, assim como, a distância dos familiares, são fatores que podem interferir diretamente na prática de uma assistência humanizada, que pretende integrar o conforto espiritual. Segundo a literatura, o despreparo dos e das profissionais para a prestação de uma assistência humanizada que visa integrar o bem-estar fisiológico e espiritual do ser humano, é um fator que pode interferir negativamente na prática de enfermagem das UTI's.

Os membros da equipe de enfermagem também são diretamente influenciados pela presença constante da dor e do sofrimento na rotina de trabalho diário. A forma que os mesmos vivenciam a própria espiritualidade pode influenciar na prática da assistência humanizada, capaz de abranger a dimensão espiritual do ser, segundo o capítulo anterior do presente estudo.

¹⁸⁰ HOEPFNER, Daniel; Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 121 f., orientador Lothar Carlos Hoch. São Leopoldo: EST/PPG, 2008. p. 82.

4.1 Cuidado Humanizado

A complexidade da sistematização do atendimento de enfermagem implementado nas UTI's, pode desviar a atenção dos e das profissionais de enfermagem do setor para a implementação de uma assistência focada nos aspectos tecnológicos e biologicistas. Desta forma, o cuidado humanizado pode ser negligenciado ou ignorado, segundo a literatura.

No entanto, esta mudança de paradigmas, relatada anteriormente, deu origem à preocupação, em incluir a humanização no atendimento de enfermagem na UTI.

Esta mudança abriu espaço para uma profunda reflexão por parte dos e das profissionais de enfermagem, sobre o significado do termo humanização, assim como, sobre a implantação de possíveis estratégias para o alcance desta finalidade.

Isis Chernicharo et al, define humanização:

[...] podemos configurar a humanização como algo inato ao ser humano, um sentimento instintivo que todos os homens trazem em si, no qual emerge atos de caridade, bondade, tendo o bem como máxima a guiar as relações em sociedade.¹⁸¹

Larissa Manenti e Maria Tereza Soratto atribuem a humanização ao cuidado: “Humanizar responde pela convivialidade, pela solidariedade, pelo amor e pelo respeito. Logo humanizar corresponde a cuidado”.¹⁸²

Há uma relação direta entre cuidado e humanização.

Segundo Boff e Hoepfner, “[...] o cuidar é uma condição imprescindível para a própria vida [...] é lícito afirmar que o cuidado não apenas realiza, mas, sobretudo, permite a vida, ou seja, por conseguinte, entra na própria constituição do ser humano [...]”.¹⁸³

¹⁸¹ CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte; FERREIRA, Márcia de Assunção. *Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem*. Esc. Anna Nery [online], Rio de Janeiro, 2014. 18(1): 156-162. p. 157.

¹⁸² MANENTI, Larissa Pietch; SORATTO, Maria Tereza. A importância da espiritualidade no cuidado com o paciente internado na UTI cardiovascular. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, jan.-abr. 2012. p. 44.

¹⁸³ BOFF, 2003 apud HOPFNER, 2008, p. 18.

Para Waldow e Hopfner “[...] o cuidado é a expressão de nossa humanidade, sendo necessário para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos”.¹⁸⁴

Para Dalva Magali Salicio e Maria Aparecida Gaiva, a humanização é atribuída à ética e ao respeito ao próximo.¹⁸⁵

Humanizar de acordo com os valores éticos consiste fundamentalmente, em tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais degradante, doloroso e triste na natureza humana, o sofrimento, a deterioração e a morte. Refere-se, portanto, a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro e de reconhecimento dos limites. O ponto chave do trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico, [...] ao cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível [...].¹⁸⁶

As autoras afirmam que a implementação de um cuidado humanizado requer empatia, ou seja, colocar-se no lugar dos ou das pacientes, assim como, dos familiares que se encontram em situação de fragilidade.¹⁸⁷

A assistência hospitalar humanizada possui como objetivo principal [...] “Assistir o ser humano em sua totalidade, fazendo dele o centro de toda a ação hospitalar [...]”.¹⁸⁸

Hoepfner, afirma que o foco da assistência humanizada é a dignidade humana.¹⁸⁹

Pierluigi e Hoepfner, definem humanização associada a dignidade do ser:

A humanização consiste numa atitude mental, afetiva e moral que obriga o profissional de saúde a repensar continuamente, os próprios esquemas mentais e a remodelar hábitos de intervenção para que se orientem ao bem-estar do doente, que é e continua sendo pessoa.¹⁹⁰

Helman e Hoepner, afirmam que durante o período de internação hospitalar, os ou as pacientes vivenciam um processo de despersonalização, atribuída a perda da privacidade, da individualidade, do suporte familiar, do meio social e da rotina

¹⁸⁴ WALDOW, 1999 apud HOEPFNER, 2008, p. 20.

¹⁸⁵ SALICIO, Dalva Magali Benício; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O Significado da Humanização da Assistência para Enfermeiros que Atuam em UTI. Revista *Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006. p. 371. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em: mar. 2019.

¹⁸⁶ MORAES et al, 2005, apud SALICIO e GAIVA, 2012, p. 371.

¹⁸⁷ SALICIO; GAIVA; 2006, p. 371.

¹⁸⁸ WEBER, 1997 apud HOEPFNER, 2008, p. 80.

¹⁸⁹ HOEPFNER, 2008, p. 80.

¹⁹⁰ PIERLUIGI, 1999 apud HOEPFNER, 2008, p. 80.

diária. Os enfermos ou as enfermas permanecem em um ambiente que causa estranheza e permanecem em contato com profissionais desconhecidos.¹⁹¹

Portanto, a rotina hospitalar, isolamento social e a perda da privacidade ocasionada pela realização frequente dos cuidados invasivos, são apontados pela literatura como fatores que afetam o bem-estar dos ou das pacientes. A internação hospitalar pode ser um evento traumático.

Uma enfermidade, assim como a hospitalização, produz impactos significativos para a vida do enfermo ou da enferma, assim como dos familiares, ocasionando diversos conflitos e desequilíbrio psicoespiritual. Portanto, uma assistência hospitalar que atribua maior ênfase aos aspectos fisiológicos, assim como, as tecnologias empregadas para o reestabelecimento da saúde, não contribui para uma assistência humanizada. Pois, esta requer uma visão holística do ser humano, que inclua empatia e sensibilidade por parte dos e das profissionais da saúde, para que possam reconhecer as verdadeiras necessidades dos ou das pacientes e dos familiares, além dos aspectos biologicistas.

Hoepfner fundamenta a afirmativa:

*A cura deve ser vista, sempre, como uma consequência do cuidar. Afinal o propósito cura, encontra-se distantes das sábias e habilidosas mãos humanas, ao contrário do simples e terapêutico cuidar. Conforme o juramento de Hipócrates, a medicina é a “arte da cura”. Ela não contempla apenas o campo do saber técnico-profissional, mas vocaciona pela contemplação e ao fascínio pelo que é ser humano. [...] A frieza analítica e científica de um tomógrafo, deve fazer do/a médico/a, não um/a mero intérprete de dados, e sim um/a profissional que concretize esperança de vida em meio a tecnocracia hospitalar, através de um cuidar compreensivo, humano e sensível.*¹⁹²

Glauca Porto e Maria Alice Lustosa, complementam a afirmação de Hoepfner, as autoras ressaltam que dar atenção à dor e ao sofrimento, confere dignidade ao ser humano, contribuindo para a implementação do cuidado humanizado.¹⁹³

¹⁹¹ HELMAN, 1994 apud HOEPFNER, 2008, p. 83.

¹⁹² HOEPFNER, 2008, p. 81.

¹⁹³ PORTO, Glauca; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, V. 13 nº 1, jun. 2010. p. 78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2019

A partir do reconhecimento da relevância da implementação do cuidado humanizado nos serviços de saúde, surgiu o PNHAH - Programa Nacional de Humanização Hospitalar, segundo a literatura.

Em torno do século XVIII, a assistência hospitalar passou a ser pautada unicamente na assistência biologicista do ser, para a obtenção da cura das enfermidades.¹⁹⁴

Após a mudança de paradigmas, que contribuiu para uma assistência pautada na visão holística do ser humano para a obtenção da cura das patologias, ou para assistir enfermos ou enfermas, não passíveis de recuperação, surgiram as propostas de humanização hospitalar.

Segundo Rios, Chernicharo et al, a humanização do ambiente hospitalar teve início após os anos 1980. Inicialmente, eram propostas medidas que visavam implementar melhorias no ambiente hospitalar, tais como, a realização de atividades artísticas, investimentos no lazer e na infraestrutura das instituições. Entretanto, estas medidas não contemplavam a vida das pessoas e a organização do trabalho.¹⁹⁵

De acordo com Salicio e Gaiva, o PNHAH, [...] “foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 881, de 19/06/2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde [...]”.¹⁹⁶

Cherchincharo et al e Rios, afirmam que na atualidade, a humanização, é pautada em uma visão humanista e ética.¹⁹⁷ Cherchincharo et al, aborda os objetivos do PNHAH, descritos pelo Sistema Único de Saúde – SUS:

No contexto das políticas públicas em 2000, o Ministério da Saúde a partir das diversas iniciativas de humanização na prática assistencial a saúde, criou o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando a disseminação da idéia de humanização com forte ênfase na transformação das relações interpessoais, pelo aprofundamento das questões subjetivas inerentes a este tipo de relação, assim como ao estímulo de uma nova prática em saúde, propondo melhorias na assistência e nas condições de trabalho.¹⁹⁸

¹⁹⁴ HOEPFNER, 2008, p. 81.

¹⁹⁵ RIOS, 2009 apud CHERNICARO et al, 2014, p. 157.

¹⁹⁶ SALICIO; GAIVA, 2006, p. 371.

¹⁹⁷ RIOS, 2009 apud CHERNINCHARO et al, 2014, p. 157.

¹⁹⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2000 apud CHERCHINCHARO et al, 2014, p. 157.

Atualmente, os novos conceitos de humanização do cuidado, como a prática de uma assistência integral ao ser humano, passaram a considerar a dimensão espiritual. A literatura ressalta a relevância dos aspectos espirituais do ser.

Manenti e Soratto referem que a espiritualidade é essencial ao ser humano.¹⁹⁹ “O homem pela sua essência é considerado um transcendente, sua dimensão espiritual interage como força motivadora e impulsionadora”.²⁰⁰

Manenti, Soratto, Correa e Pilger et al destacam as contribuições da espiritualidade para a prática do cuidado humanizado, que passou a ser agregado na implementação da assistência de enfermagem: “A enfermagem está se dirigindo para uma nova era – a do cuidado terapêutico humanizado”.²⁰¹ As autoras complementam a afirmação, ressaltando que [...] a enfermagem tem incluído aspectos espirituais no cuidado, pela preocupação dos e das profissionais em oferecer um atendimento integral ao ser humano”.²⁰²

As autoras complementam, afirmando que “[...] os profissionais de saúde devem viver a espiritualidade em sua vida pessoal e no exercício da profissão, a fim de realmente contribuírem para uma melhoria na vida das pessoas”.²⁰³

A humanização da assistência hospitalar passou a ser considerada essencial para a promoção da qualidade de vida e da assistência integral ao ser humano. Pois, a internação hospitalar é um evento capaz de gerar inúmeros conflitos aos ou as pacientes e familiares.

A humanização do cuidado requer comprometimento ético dos e das profissionais de enfermagem, pois estes necessitam integrar os aspectos técnicos e fisiológicos da assistência de enfermagem, à empatia e a sensibilidade, a fim de identificar as angústias dos ou das pacientes e familiares, ocasionadas pela hospitalização.

A espiritualidade passou a ser contemplada na assistência de enfermagem. Pois, a mesma é capaz de produzir tranquilidade, esperança e conforto psicoespiritual a todos os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização.

¹⁹⁹ MANENTI; SORATTTO, 2012, p. 44.

²⁰⁰ MANENTI; SORATTTO, 2012, p. 44.

²⁰¹ MANENTI; SORATTTO, 2012, p. 44.

²⁰² CORREA, 2013 apud PILGER et al, 2014, p. 480.

²⁰³ MANENTI e SORATTTO, 2012, p. 43.

4.2 Assistência humanizada e espiritualidade do e da paciente

Para Vasconcelos, a religião sempre esteve integrada a assistência dos ou das pacientes.²⁰⁴

Mesmo com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, estudos antropológicos atuais têm mostrado que a consideração das dimensões religiosas continua presente em todos os estratos sociais, como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura.²⁰⁵

No entanto, o avanço científico e tecnológico, ocasionou uma priorização da assistência em saúde voltada para o aspecto biologicista do ser. Considerando ilegítima a dimensão religiosa do humano, na identificação das causas das patologias e na busca por medidas curativas.²⁰⁶

Reginato et. al., em concordância com Vasconcelos et. al., relata que o aspecto espiritual do paciente ou da paciente, foi negligenciado nas últimas décadas.²⁰⁷

Neste contexto de busca pelo sucesso terapêutico baseado na linguagem bioquímica da vida [...] tendeu-se a marginalização da ação do sobrenatural ou de qualquer outro elemento relacionado à transcendência, como fator de influência no processo de cura.²⁰⁸

Porém, na atualidade a espiritualidade passou a ser considerada fundamental nos aspectos saúde-doença. Segundo Reginato et al, “[...] o conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades”.²⁰⁹ O autor complementa:

[...] Mais recentemente Koenig (2005), verificou que 90% dos pacientes dizem que crenças religiosas e suas práticas são importantes formas pelas quais eles podem enfrentar e melhor aceitar suas doenças físicas, e mais de 40% indicam que a religião é o fator mais importante que o ajudam nessas horas.²¹⁰

Segundo Vasconcelos, vivenciar a espiritualidade permite o autoconhecimento, ou seja, a aproximação do eu profundo.²¹¹

²⁰⁴ VASCONCELOS, 2009, p. 324.

²⁰⁵ IBANEZ e MASIGLIA, 2000, apud VASCONCELOS, 2009, p. 324.

²⁰⁶ VASCONCELOS, 2009, p. 324

²⁰⁷ REGINATO et al, 2016, p. 238.

²⁰⁸ REGINATO et al, 2016, p. 239.

²⁰⁹ REGINATO et al, 2016, p. 239.

²¹⁰ KOENING, 2005, apud REGINATO et al, 2016, p. 239.

²¹¹ VASCONCELOS, 2009, p. 330.

A inclusão dos aspectos espirituais na assistência humanizada nas UTI's, também foi desconsiderada no passado. No entanto, devido ao reconhecimento de diversos fatores que contribuem para o desequilíbrio espiritual dos enfermos ou das enfermas, e familiares, o estudo e a consideração da espiritualidade tem sido foco de atenção na atualidade. Mas, a implementação da assistência espiritual, é referida pela literatura como uma tarefa desafiadora.

[...] Ao lançar um olhar crítico sobre o contexto da terapia intensiva, percebeu-se como este cenário ainda se mantinha arraigado em práticas que privilegiam o conhecimento das realidades exteriores, físicas e mensuráveis, rejeitando as realidades interiores, como a subjetividade e a dimensão espiritual humana.²¹²

Segundo Dezorzi e Crossetti, os e as profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, tinham dúvidas sobre as formas de realizar o entrelaçamento entre o cuidado e a espiritualidade.²¹³

O estabelecimento de uma relação direta entre o cuidado e a humanização da assistência, voltada para a consideração dos aspectos espirituais, tem sido foco de preocupação por parte de estudantes de medicina, enfermagem e instituições de ensino. Portanto, algumas universidades estão incluindo disciplinas na grade curricular, voltadas para preencher esta lacuna.²¹⁴ Segundo Dezorzi e Crossetti, esta dificuldade em associar o cuidado e a espiritualidade, deve-se a assimilação evolutiva do conceito de espiritualidade, que passou a ser mais amplo que a religião. Para as autoras, a compreensão da relevância da assistência espiritual, contribuiu significativamente para a sobrevivência e para a evolução da enfermagem como profissão.²¹⁵ Portanto, segundo Dezorzi, Crossetti e Reginato et. al., há um desprezo evidente para lidar com o aspecto espiritual nas UTI's.

Penha e Silva, afirmam que a fim de atender as necessidades espirituais dos ou das pacientes, a enfermagem deve priorizar o bem-espiritual mais do que o religioso.²¹⁶ “[...] Certa cautela em lidar com temas religiosos deve ser tomada, pois sobrepor, arbitrariamente, uma crença como mediadora da prática do cuidado incorreria em danos éticos irreparáveis ao profissional”.²¹⁷

²¹² WILBER, 1998, apud DEZORZI e CROSSETTI, 2008, p. 1.

²¹³ DEZORZI e CROSSETTI, 2008, p. 1.

²¹⁴ REGINATO et al, 2016, p. 248.

²¹⁵ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 1.

²¹⁶ PENHA; SILVA, 2012, p. 266.

²¹⁷ PENHA; SILVA, 2012, p. 266.

Há diversas estratégias que podem ser implementadas na assistência espiritual aos pacientes nas UTI's, estas podem contribuir para a evolução positiva do quadro clínico e para a restauração da confiança.²¹⁸ A literatura aponta algumas estratégias que possuem esta finalidade.

Evangelista et al, relata sobre a relevância da comunicação verbal e da escuta no atendimento às necessidades espirituais dos pacientes: “[...] muitas vezes o paciente se encontra despreparado e angustiado diante do processo de adoecimento e, neste caso, precisa de uma palavra positiva, uma palavra de fé, ou simplesmente, de alguém para ouvi-lo.”²¹⁹ A comunicação também pode ser empregada para a leitura de textos significativos para a crença religiosa do paciente, por exemplo, a Bíblia, o Alcorão e a Torá.²²⁰

Ponte et al, em concordância com Evangelista et al, relata sobre a importância do diálogo na promoção do conforto psicoespiritual. Segundo a autora, a comunicação esclarece sobre as dúvidas pertinentes ao adoecimento e a hospitalização. É fundamental orientar quanto aos equipamentos observados nas Unidades de Terapia Intensiva, procedimentos realizados, horários de visitas, tempo médio de permanência na unidade e evolução do quadro clínico.²²¹ “[...] Manter o paciente bem informado lhes proporciona conforto no contexto psicoespiritual”.²²²

Diante do adoecimento e da admissão do ou da paciente na Unidade de Terapia Intensiva, os enfermos ou as enfermas, manifestam necessidades de vivenciar as crenças religiosas, principalmente aqueles ou aquelas que não possuem uma possibilidade de cura ou reabilitação. Muitos pacientes nesta situação podem verbalizar a necessidade de conversar com padres ou pastores.²²³ A manutenção dentro das possibilidades, das práticas religiosas rotineiras no ambiente hospitalar tais como, rezar o terço diariamente, pode ampliar a sensação de bem-estar.²²⁴

O isolamento social e o afastamento da família impostos pela internação na Unidade de Terapia Intensiva podem ser atenuados através da participação da

²¹⁸ EVANGELISTA et al, 2016, p. 180.

²¹⁹ EVANGELISTA et al, 2016, p. 180.

²²⁰ EVANGELISTA et al, 2016, p. 180.

²²¹ PONTE et al, 2012, p. 669.

²²² KOLCABA, 2003, apud PONTE et al, 2012, p. 669.

²²³ EVANGELISTA et al, 2016, p. 180.

²²⁴ PONTE et al, 2012, p. 669.

família no processo de hospitalização, de acordo com as possibilidades. Ponte et al, fundamenta a importância da manutenção dos vínculos familiares:

[...] O contato do paciente com o familiar faz lembrar o lar que é seu ambiente de conforto; desse modo, durante a hospitalização, o afeto, carinho, e atenção recebidos dos familiares são cuidados que resultam em sensação de conforto.²²⁵

Segundo Ponte et al, outro fator apontado como causador de desconforto na UTI é exposição do corpo. Mesmo que os ou as pacientes não verbalizem.²²⁶ A autora aponta meios para minimizar esta exposição: “[...] uso de biombos de proteção, cuidados com uso de camisola e redução da exposição do corpo, seja para a execução de exame físico, seja para execução de procedimentos”.²²⁷ Soares e Dall’Agnol, assim como Ponte et al, abordam a exposição excessiva do corpo como uma fonte causadora de desconforto. Os autores relatam os impactos ocasionados. “Essa exposição, por vezes desnecessária, provoca constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico durante a internação”.²²⁸

Além da exposição desnecessária do corpo, Soares e Dall’Agnol, relatam que a postura inadequada da equipe de enfermagem, em relação a comentários em voz alta sobre assuntos relativos aos ou as pacientes, tais como, diagnósticos, procedimentos realizados e estado geral, podem causar desconforto psíquico.²²⁹ Portanto, segundo a literatura, a preservação da privacidade do ou da paciente, pode contribuir para o conforto espiritual.

4.3 Profissionais do cuidado e espiritualidade

O ambiente da UTI, além de causar estresse e desconforto espiritual aos ou as pacientes e familiares também pode afetar a equipe de enfermagem.

Salício e Gaiva descrevem a complexidade do atendimento realizado nas UTI's:

²²⁵ ROSA et al, 2008, apud PONTE et al, 2012, p. 670.

²²⁶ PONTE et al, 2012, p. 671.

²²⁷ PONTE et al, 2012, p. 671.

²²⁸ SOARES; DALL’AGNOL, 2011, p. 686.

²²⁹ SOARES; DALL’AGNOL, 2011, p. 686.

A hospitalização em uma unidade de terapia intensiva (UTI), uma unidade preparada para atender pacientes graves ou potencialmente graves, apesar de contar com uma assistência médica e de enfermagem especializadas e contínuas, e dispor de equipamentos diferenciados, expõem o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos, como a luz contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes em sua rotina de cuidados.²³⁰

Longuineri et al, elaboram uma descrição da rotina de trabalho em uma UTI:

As unidades de terapia intensiva prestam assistência a pacientes considerados graves ou críticos, cujo o risco de morte é elevado e, por isso, exigem suporte avançado de vida e assistência especializada, com uso de tecnologias e recursos humanos adequados, que garantam assistência integral e de qualidade. [...] ²³¹

Frente a esta situação descrita, a literatura aborda algumas possíveis causas de desequilíbrio psicoespiritual comuns aos e as profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva.

Segundo Longuineri et al, a insatisfação e o desconforto espiritual relacionados ao ambiente de trabalho, deve-se as rotinas exaustivas e aceleradas, assim como, a complexidade dos procedimentos realizados. Estes causam sofrimento mental.²³² Os autores complementam a afirmação:

A saúde emocional dos profissionais pode ser afetada pelo ambiente de trabalho. Desta forma, o estresse ocupacional pode afetar os cuidados de saúde prestados, assim como o bem-estar físico e emocional dos profissionais.²³³

Loppes, Laufert, Salicio e Gaiva, descrevem a UTI como um cenário causador de desgastes e frustrações, devido ao contato constante com a dor e o sofrimento.²³⁴

Coutrin et al, Salicio e Gaiva, em concordância com Longuineri et al, ressaltam os fatores capazes de produzir estresse no ambiente da terapia intensiva:

○ lidar com o sofrimento do paciente e da família, o fazer específico da profissão (que requer agilidade, atenção e renovação de conhecimentos técnicos), a necessidade de improvisação, as questões de ordem

²³⁰ SALICIO; GAIVA, 2006, p. 371.

²³¹ LONGUINEIREI et al, 2018, p. 1962.

²³² SILVEIRA, 2012, apud LONGUINEIREI et al, 2018, p. 1962.

²³³ KOINIS et al, 2015, apud LONGUINIERI et al, 2018, p. 1962.

²³⁴ LOPES & LAUFERT, 2001 apud SALICIO E GAIVA, 2006, p. 372.

burocrática, o inter-relacionamento com a equipe e o barulho constante dos aparelhos.²³⁵

Fernanda Duarte da Silva et al, complementa as afirmações, destacando as condições adversas do ambiente da UTI:

[...] Problemas relacionados à estrutura institucional, à exemplo do quantitativo de membros da equipe de enfermagem em comparação ao número de leitos no CTI, disponibilidade de material, bem como no que tange às questões salariais e a necessidade de outras atividades rentáveis, que denotam ter fortes reflexos no nível de desgaste, cansaço e talvez motivação dos enfermeiros.²³⁶

Portanto, a complexidade que envolve a sistematização do atendimento de enfermagem em terapia intensiva, é apontada como uma fonte geradora de desequilíbrio e estresse aos e as profissionais. Este estado de desequilíbrio pode ser ocasionado pela vivência da dor e do sofrimento no ambiente de terapia intensiva.

Vila, Rosi, Salicio e Gaiva, fundamentam a afirmação. Os autores atribuem o desgaste psicológico e espiritual da equipe de enfermagem que atua na UTI, ao fato de os mesmos estarem frequentemente em contato com a dor e o sofrimento dos ou das pacientes e familiares. E ainda, ao fato destes profissionais necessitarem constantemente gerenciar as próprias emoções frente a esta realidade descrita.²³⁷

Para Longuinieri et al, focar na atenção a espiritualidade dos trabalhadores e das trabalhadoras da UTI é essencial.²³⁸ “Trabalhar a espiritualidade é de grande importância para este grupo de profissionais, já que esta é uma dimensão inata do ser humano que está presente tanto na vida pessoal como profissional de cada um”.²³⁹ Em concordância com Longuinieri, Lucila Castanheira Nascimento et al, afirma que a espiritualidade é intrínseca ao ser humano.²⁴⁰ Dezorzi et al, assim como, Longuinieri e Nascimento, ressalta a importância da espiritualidade para a equipe de enfermagem da UTI: “[...] observa-se que no cenário do CTI [...] os

²³⁵ COUTRIN et al, 2003, apud SALICIO; GAIVA, 2006, p. 372.

²³⁶ SILVA, Fernanda Duarte da; CHERCHINCHARO, Isis de Moraes; SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia de Assunção. *Discurso de Enfermeiros Sobre Humanização na Unidade de Terapia Intensiva*. Esc. Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro. 2012 out - dez; 16 (4): 719- 727. p. 725.

²³⁷ VILA; ROSSI, 2002 apud SALICIO; GAIVA, 2006, p. 372.

²³⁸ LONGUINEIREI et al, 2018, p. 1963.

²³⁹ LONGUINEIREI et al, 2018, p. 1970.

²⁴⁰ NASCIMENTO, Lucila Castanheira; SANTOS, Thabata de Freitas Moreira; SANTOS, Fabiane Cristina; PAN, Raquel; FLÓRIA-SANTOS, Milena; ROCHA, Melani Melo; *Espiritualidade e Religiosidade na Perspectiva dos Enfermeiros*. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2013, Jan-Mar; 22(1): 52-60. p. 55. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827007>>. Acesso em: jan. 2019.

discursos desvelaram a importância da espiritualidade frente à morte, a fim de buscar significado para as questões existenciais que permeiam o cotidiano da terapia intensiva [...]”.²⁴¹

Segundo a literatura, ao compreender e vivenciar a própria espiritualidade, o ou a profissional de enfermagem da UTI experimenta uma melhor qualidade de vida, baseada no bem-estar espiritual. Assim como, permite as mesmas ou aos mesmos prestar uma assistência humanizada aos ou as pacientes, contemplando a dimensão espiritual do ser. Ross e Nascimento et al, fundamentam a afirmação: “[...] os enfermeiros que conscientes de sua própria religiosidade e espiritualidade, podem promover um cuidado diferenciado [...]”.²⁴²

Dezorzi e Crossetti, ressaltam a relevância da espiritualidade dos membros da equipe de enfermagem da UTI para a implementação do cuidado. Para as autoras, buscar a própria espiritualidade significa estar em contato com uma Força Superior, capaz de prover uma grande força interior.²⁴³ “[...] A força superior que aqui emerge desvela-se como dimensão sagrada do ser humano, como força que motiva e impulsiva a cuidadora de enfermagem em sua vida. A espiritualidade lhe serve de apoio e segurança [...]”.²⁴⁴ Nascimento et al, complementa a afirmação de Dezorzi e Crossetti:

[...] observamos que a espiritualidade do próprio enfermeiro parece influenciar as decisões tomadas por ele, ou seja, na inclusão ou não, do oferecimento do cuidado espiritual ao paciente. Percebemos que, a depender da visão de espiritualidade que se tem, o enfermeiro tem dificuldade ou facilidade para lidar com a situação vivida.²⁴⁵

Gobatto et al e Longuinieri et. al., em concordância com Nascimento, Dezorzi e Crossetti, abordam os benefícios de considerar-se **a dimensão espiritual** dos membros da equipe de enfermagem:

[...] ações que valorizam a espiritualidade dos profissionais que atuam na UTI, trazem tranquilidade e bem-estar a estes profissionais, possibilitando melhor enfrentamento do estresse inerente ao trabalho, com consequente melhoria na qualidade de vida e maior satisfação com a atividade desenvolvida.²⁴⁶

²⁴¹ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁴² ROSS, 2006, apud NASCIMENTO et al, 2013, p. 55.

²⁴³ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁴⁴ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁴⁵ NASCIMENTO et al, 2013, p. 55.

²⁴⁶ GOBATTO et al, 2013 apud LONGUINIERI et al, 2018, p. 1963.

Oliveira e Longuinieri et al complementam:

[...] Desta forma, trabalhar a espiritualidade dos profissionais da saúde, pode gerar, também benefícios para os pacientes assistidos, a medida que a espiritualidade modifica o comportamento profissional, promove harmonia, encontro com as pessoas através da empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, melhorando sua qualidade de vida e podendo impactar diretamente a assistência prestada.²⁴⁷

De acordo com Dezorzi e Crossetti, o bem-estar espiritual da equipe de enfermagem está relacionado ao autoconhecimento e ao autocuidado.²⁴⁸

Buscar harmonizar-se pode produzir mais tranquilidade para a cuidadora. A necessidade de conhecer-se e descobrir-se como um ser que precisa de cuidado, está de acordo com a compreensão [...] que espiritualidade é autoconhecimento.²⁴⁹

Segundo Dezorzi e Crossetti, “observa-se enquanto cuidar do outro, conduz para o autoconhecimento, em que se se percebe que, ao descuidar-se de si mesmo, também se pode descuidar do outro [...]”.²⁵⁰

A literatura propõe algumas estratégias destinadas à promoção do autocuidado dos e das profissionais. Dezorzi e Crossetti ressaltam que o diálogo e o compartilhamento de vivências entre os e as profissionais de enfermagem, são medidas eficazes para atenuar o sofrimento ocasionado pela rotina de trabalho.²⁵¹ A relevância da prática da oração, foi apontada pela literatura como uma estratégia para contribuir para o equilíbrio espiritual do cuidador ou da cuidadora. Dezorzi e Crossetti, afirmam que a oração é uma prática que pode ser empregada no autocuidado.²⁵² “Essa forma de se relacionar com uma Força Superior cria ambiência de cuidado que traz bem-estar à cuidadora”.²⁵³

A literatura evidencia a relevância da prática espiritual como uma estratégia eficaz para a promoção do autocuidado, assim como, para a implementação do cuidado humanizado.

Calíope Pilger et al, destaca a importância do e da profissional de enfermagem vivenciar a própria espiritualidade: [...] “os enfermeiros devem,

²⁴⁷ OLIVEIRA, 2012 apud LONGUINIERI et al, 2018, p. 1963.

²⁴⁸ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁴⁹ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁵⁰ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁵¹ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 5.

²⁵² DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 4.

²⁵³ DEZORZI; CROSSETTI, 2008, p. 4.

primeiramente, reconhecer e ter consciência de sua própria espiritualidade para poder trabalhar com a espiritualidade do outro”.²⁵⁴

Gussi e Nascimento et al, ressaltam a importância de considerar a dimensão espiritual dos ou das pacientes, assim como, dos membros da equipe de enfermagem, a fim de implementar um cuidado humanizado:

É desejável que o enfermeiro conheça as fontes de fortalecimento dos pacientes, encorajando-os a reforçar sua fé, para que possa promover o conforto e a segurança que a espiritualidade oferece. Um cuidado que envolve a dimensão espiritual é um incentivo para a vida e necessita ser oferecido por pessoas preparadas, [...] tanto o trabalhador quanto o usuário precisam receber cuidados que englobam as dimensões física, emocional, intelectual, profissional, social, cultural e espiritual.²⁵⁵

Manenti et al, afirma que a espiritualidade oferece consolação, esperança e apoio aos ou as pacientes, familiares e aos membros da equipe de enfermagem.²⁵⁶ Já Pilger et al, afirma que os aspectos espirituais devem ser considerados, a fim de garantir uma assistência de enfermagem humanizada.²⁵⁷

Segundo a literatura, ao vivenciar a própria espiritualidade, o ou a profissional de enfermagem que atua na UTI, pode ser conduzido ao autoconhecimento, além de encontrar suporte para o enfrentamento dos sentimentos gerados a partir da convivência constante com a dor, a morte, o sofrimento humano e a desesperança, comuns a rotina diária de trabalho, destas unidades, destinada as ou aos pacientes em estado grave. Pois, ao vivenciar a espiritualidade, o ser humano encontra forças para lidar com as adversidades, segundo a literatura.

O fato de atribuir importância à própria espiritualidade, pode conduzir o e a profissional de enfermagem ao equilíbrio, a uma melhoria na qualidade de vida e na implementação de uma assistência de enfermagem, capaz de incluir a assistência espiritual na implementação dos cuidados de enfermagem.

Os e as profissionais que compreendem a relevância da própria espiritualidade, são capazes de prestar uma assistência de enfermagem que

²⁵⁴ PILGER, Calíope; MACEDO, Jaqueline Queiroz de; ZANELATTO, Renata; SOARES, Letícia Gramazio; KUSUMOTA, Luciana. *Percepções da Equipe de Enfermagem de uma unidade de Terapia Intensiva com Relação À Espiritualidade e Religiosidade*. Ciênc. Cuid. Saúde [online], Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2014, Jul/Set; 13(3):479-486. p. 482.

²⁵⁵ GUSSI, 2008 apud NASCIMENTO et al, 2013, p. 53.

²⁵⁶ MANENTI; SORATTO, 2012, p. 50.

²⁵⁷ PILGER et al, 2014, p. 480.

contemple o aspecto espiritual do ser. Promovendo uma assistência de enfermagem humanizada.

Pois, o cuidado humanizado, contempla a assistência do ser em todas as suas dimensões, visando à promoção do bem-estar. E a espiritualidade é parte essencial do ser humano.

5 CONCLUSÃO

Durante a pesquisa bibliográfica, realizada para fundamentar este estudo, contemplou-se a consideração da espiritualidade do ser para a prestação de um cuidado humanizado nas UTI. O cuidado foi evidenciado como essencial ao ser humano, presente em todas as etapas da vida, a fim de garantir a sobrevivência do indivíduo. Foi relacionado ao zelo, ao desvelo e a empatia. A enfermagem é uma profissão pautada no cuidado, porém, o ato de cuidar depende de uma concepção ética individual. O mesmo recebe significados diferentes para cada profissional de enfermagem. A espiritualidade passou a ser contemplada na assistência em saúde. Pois, a busca pela cura ou pelo reestabelecimento, baseada somente nos aspectos biologicistas, foi descrita como insuficiente pelos e pelas profissionais do cuidado, para a humanização da assistência em saúde. A partir do ano 2000, houve um crescimento numérico nas publicações científicas relacionando os temas espiritualidade e saúde. A literatura evidenciou que uma patologia uma vez instalada, promove o desequilíbrio em todas as dimensões do ser, pois somos indivisíveis.

A espiritualidade foi descrita como uma dimensão essencial do ser humano. A mesma contempla a busca por um sentido existencial, estabelece uma conexão com o transcendente, gera empatia, solidariedade, amor incondicional, sentimentos necessários para a implementação do cuidado espiritual, que deve ser parte integrante da assistência dos profissionais de saúde.

A admissão nas UTI pode ser um evento traumático para as pessoas enfermas, assim como, para os familiares. Este momento é capaz de gerar profundas crises pessoais e familiares. Geralmente, após a hospitalização, pacientes e familiares voltam-se para aspectos, tais como, religiosidade ou espiritualidade.

A espiritualidade foi evidenciada como uma ferramenta vital para conferir esperanças e forças no enfrentamento desta situação de adversidade por parte dos ou das pacientes, assim como dos familiares. No entanto, a literatura apontou que os e as profissionais da saúde sentem-se despreparados ou despreparadas para implementar uma assistência humanizada que considere os aspectos espirituais do ser. Pois, alguns indivíduos frequentemente, desconhecem estratégias que poderiam ser adotadas com esta finalidade, assim como, os significados dos termos

espiritualidade e religiosidade. Visando o preenchimento desta lacuna, algumas faculdades e universidades, estão incluindo nas grades curriculares de cursos da área da saúde, componentes curriculares com esta finalidade.

A prática do cuidado humanizado foi considerada um grande desafio para os e as profissionais de enfermagem que atuam nas UTI. Pois, a complexidade da sistematização do atendimento de enfermagem, foi descrita como um fator que pode contribuir para que o cuidado humanizado seja negligenciado ou ignorado. No entanto, a mudança de paradigmas que originou a inclusão da humanização nas práticas de enfermagem, abriu espaço para uma profunda reflexão sobre o significado do termo humanização, assim como, sobre a implementação de estratégias eficazes para o alcance desta finalidade. O termo humanizar foi associado a valores como, solidariedade, empatia, amor, bondade, caridade. Assim como, a ética e ao respeito ao próximo.

O processo de humanização do atendimento hospitalar está focado na manutenção da dignidade humana. Pois, o processo de internação hospitalar ocasiona um desequilíbrio psicoespiritual, desencadeado por fatores tais como, perda da individualidade, isolamento social, afastamento da rotina, o medo da dor física resultante da realização de procedimentos invasivos e a rotina hospitalar. A humanização em saúde visa minimizar estes impactos.

Uma assistência hospitalar que priorize os aspectos fisiológicos, não contribui para uma assistência humanizada. Pois, esta requer uma visão holística, sensibilidade e empatia por parte dos e das profissionais da saúde, para que possa haver um reconhecimento das verdadeiras necessidades dos enfermos ou das enfermas, assim como dos familiares, além dos aspectos fisiológicos.

O reconhecimento da relevância da visão holística do ser humano visando à obtenção da cura das patologias, ou a prestação da assistência a enfermos ou enfermas não passíveis de reestabelecimento, deu origem às propostas de humanização hospitalar. As mesmas iniciaram nos anos 1980. Inicialmente eram voltadas para a promoção de melhorias no ambiente hospitalar, com a realização de atividades artísticas e de lazer. No entanto, estas medidas não contemplavam a mudança de vida das pessoas e a organização do trabalho.

Atualmente, o Programa de Humanização na Assistência Hospitalar (PENHAH), instituído em 2001 pelo Ministério da Saúde, é pautado em uma visão humanística e ética, que contempla a transformação das relações interpessoais, o estímulo de uma nova prática em saúde, as melhorias na assistência e nas condições de trabalho. Os novos conceitos de humanização do cuidado passaram a considerar a dimensão espiritual do ser humano. Pois, a espiritualidade é parte integral e essencial ao ser.

A UTI foi descrita pelo referencial teórico como um dos ambientes mais hostis do hospital. As características peculiares das UTI's contribuem para o desequilíbrio psicoespiritual dos enfermos ou das enfermas, assim como, dos familiares dos mesmos e das mesmas. Pois, por tratar-se de um ambiente destinado as ou aos pacientes em estado grave, o medo da morte está presente, assim como, o temor da dor física que pode ser desencadeado pela realização de procedimentos invasivos, as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao período de permanência, os sentimentos de estranheza, causados pela presença dos equipamentos que possibilitam a vida dos ou das pacientes, assim como, o contato com os membros da equipe multidisciplinar, a ausência de iluminação e ventilação natural, o isolamento social e familiar, a exposição desnecessária do corpo, os comentários da equipe multiprofissional em relação ao quadro clínico e o afastamento da rotina, foram relatados como causas potenciais de desequilíbrio psicoespiritual.

A fim de diminuir este impacto psicoespiritual ocasionado aos ou as pacientes e familiares das UTI's e proporcionar um atendimento humanizado, que contemple uma visão holística e que considere a espiritualidade como parte integrante do ser e relevante no processo de cura e/ou reabilitação, a literatura apontou algumas estratégias eficazes: Dialogar sobre as rotinas do setor, estado de saúde, tempo de permanência, horário de visitação. A escuta das necessidades espirituais, a leitura de textos religiosos ou significativos, a manutenção das práticas religiosas dentro das possibilidades, tais como, presença de padres, pastores, rezar o terço diariamente, entre outros, promover a minimização da exposição do corpo, assim como, de comentários referentes ao quadro clínico do enfermo ou da enferma.

O presente estudo evidenciou que os ou as profissionais de enfermagem que atuam na UTI, também estão sujeitos ao desgaste psicoespiritual e as frustrações, devido ao contato constante com as dores, angústias e o sofrimento das

peças enfermas, a presença da ansiedade dos familiares e a complexidade da sistematização do atendimento de enfermagem. Desta forma, os ou as profissionais necessitam buscar na espiritualidade, o equilíbrio e a tranquilidade necessários para a promoção do bem-estar pessoal e para uma maior satisfação no exercício profissional. Pois, a espiritualidade é parte integral da vida humana. As formas que os ou as profissionais vivenciam e compreendem a própria espiritualidade, pode contribuir significativamente para a qualidade de vida dos mesmos e das mesmas e pode resultar na implementação de um cuidado diferenciado, que contemple a humanização considerando as dimensões espirituais na promoção do bem-estar do ser.

Visando contribuir para o bem-estar espiritual dos e das profissionais de enfermagem da terapia intensiva, foram apontadas algumas estratégias, tais como, o diálogo entre os membros da equipe, o compartilhamento de vivências e a prática da oração.

Portanto, a relevância da espiritualidade para a humanização do cuidado, foi enfatizada pelo referencial teórico ao longo de todo o estudo.

A dimensão espiritual passou a ser incluída na assistência holística do ser e na humanização da assistência em saúde. Uma assistência que contemple as necessidades espirituais do ser humano é capaz de restaurar a esperança, a confiança, a tranquilidade, a fé e conceder forças para o enfrentamento dos momentos de adversidades e conflitos ocasionados pelos processos de adoecimento e hospitalização aos ou as pacientes e familiares.

A vivência e a compreensão da própria espiritualidade, por parte dos ou das profissionais de enfermagem que atuam nas UTI's pode contribuir para uma maior satisfação pessoal, aumento da confiança, tranquilidade no exercício profissional e para o despertar da empatia e da sensibilidade necessárias para a identificação e intervenção precoce dos fatores geradores de desconforto psicoespiritual aos ou as pacientes e familiares, desta forma, contribuindo para a implementação de um cuidado diferenciado que priorize a manutenção da dignidade humana e a minimização dos impactos psicoespirituais ocasionados pela hospitalização e pelo adoecimento.

REFERÊNCIAS

ALVES, FG. Percepção do enfermeiro sobre a importância e aplicabilidade do cuidado humanizado em UTI. São Paulo: *Revista Recien*. 2011; 1(1): 20-24.

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online], Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017, vol. 38, n. 3. Epub 12-Abr-2018. ISSN 1983-1447.

BACQUES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alocoque Lorenzini; BUSCHER, Andreas. O Ambiente Vivo, Dinâmico e Complexo da Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-americana de Enfermagem* [online], Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Maio-jun. 2015; 23(3): 411-8.

BARRETO, Sérgio S. Menna. *Rotinas em terapia intensiva*. Equipe do Centro de Tratamento Intensivo Clínico-Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BARTH, Wilmar Luiz. *A Religião Cura?* Teocomunicação, Porto Alegre, V. 44, n.1, p. 97-121, jan.-abr., 2014.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.profdoni.pro.br/home/imagens/sampledata/.../sabercuidar.pdf>>. Acesso em: julho 2018.

BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Rev. Bras. Enferm.*, 2015, jul.-ago.; 64 (4): 609-16. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.201568046i>>. Acesso em: mar. 2019.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques. Competência Profissional do Enfermeiro para atuar em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1): [09 telas], jan. – fev. 2012. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Tela 6. Acesso em: jul. 2018.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. *Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem*. *Esc. Anna Nery* [online], Rio de Janeiro. 2014, vol.18, n.1, pp.156-162. ISSN 1414-8145.

DAMAS, Keyti Cristiane Alves; MUNARI, Denize Bouettelet; SIQUEIRA, Karina Machado. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02. p. 272-278, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: jul. 2018.

DEZORZI, Luciana Wintercorn; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia

intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008, março-abril, 16 (2). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: jan. 2019.

ELIAS, Ana Catarina de Araújo. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicol. cienc. prof.* [online], Conselho Federal de Psicologia, Brasília. 2003, vol.23, n.1, pp.92-97. ISSN 1414-9893.

EVANGELISTA, Carla Braz, et al. *Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. Esc. Anna Nery* [online], Rio de Janeiro, 2016, vol. 20, n.1, pp.176-182. ISSN 1414-8145.

FARRA, Rosano André; GEREMIA, Cesar. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34 (4): 587-597. Canoas: Universidade Luterana do Brasil, RS, 2010.

FELTZ, Deolindo. Oncologia e espiritualidade: relevância e possibilidades de uma capelania hospitalar junto a pacientes oncológicos indicados a um programa de cuidados paliativos. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 82 p. Orientador Nilton Eliseu Herbes – São Leopoldo: EST/PPG/2017.

FONSECA, Aroldo Moreira; CAMPOS, Ana Cristina Viana; COTTA, Fernanda Maria Pereira; BORELLI, Lilia da Rocha; DUTRA, Bianca Santana; SANTANA, Júlio César Batista. Reflexões Éticas sobre o Cuidado Humanizado na Percepção dos Enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2010.

GARANHANI, Mara Lúcia; MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; GOTELLIPE, Isabelle Camargo. O trabalho de enfermagem em unidade da terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Ed. Port.,.Ribeirão Preto. v. 4 n. 2., ago. 2008; I(I): 1-12.

GUSSI, Maria Aparecida; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online], Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2008, vol. 61, n. 3, pp. 337-384. ISSN 0034-7167.

HOEPFNER, Daniel; Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 121 f., orientador Lothar Carlos Hoch. São Leopoldo: EST/PPG, 2008.

JERÔNIMO, Rosângela; CHEREGATTI, Aline. *Enfermagem em Terapia Intensiva*. 2 ed. São Paulo: Rideel, 2011.

LIMA, Marcos Paulo de Oliveira; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. A enfermeira interagindo e se relacionando: o contexto do cuidado de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Rev. bras. enferm.* [online], Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília. 2011, vol. 64, n. 6, pp.1067-1074. ISSN 0034-7167.

LONGUINI, Agnes Claudine Fontes de La; YARID, Sergio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade /espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Rev. Cuid.* 2018; 9(1): 1961-72. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>>. Acesso em: mar. 2019.

MANENTI, Larissa Pietch; SORATTO, Maria Tereza. A importância da espiritualidade no cuidado com o paciente internado na UTI cardiovascular. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, jan.-abr. 2012.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira; SANTOS, Thabata de Freitas Moreira; SANTOS, Fabiane Cristina; PAN, Raquel; FLÓRIA-SANTOS, Milena; ROCHA, Melani Melo; Espiritualidade e Religiosidade na Perspectiva dos Enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013, Jan-Mar; 22(1): 52-60. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827007>>. Acesso em: jan. 2019.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Vieira; CARRARO, Telma Elisa. O cuidado em Heílder: Uma Possibilidade Ontológica para a Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília. 2011 mar.-abr.; 64 (2): 376-80.

PACHECO, Veridiana de Fátima Robaina; SOUZA, Marli Olina. *Saúde e Espiritualidade: A Visão sistêmica da Família e o Processo de Ampliação da Consciência*. Temas em educação em saúde. [S.l.], junho 2016, ISSN 2526-7471. Disponível em: <<http://periodicosfclar.unesp.br/tes/article/view9817>>. Acesso em: mar. 2019.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECH, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. Psiq. Clin. [online]*, Universidade de São Paulo, São Paulo. 34, supl. 1, 105-115, 2007.

PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes. Significado de Espiritualidade para a Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Texto Contexto Enferm. [online]*., Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012 Abr.-Jun.; 21(2): 260-8.

PILGER, Calíope; MACEDO, Jaqueline Queiroz de; ZANELATTO, Renata; SOARES, Letícia Gramazio; KUSUMOTA, Luciana. Percepções da Equipe de Enfermagem de uma unidade de Terapia Intensiva com Relação À Espiritualidade e Religiosidade. *Ciênc. Cuid. Saúde [online]*, Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2014, Jul/Set; 13(3):479-486.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP [online]*, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; GUEDES, Maria Vilani Cavalcanti; ARAGÃO, Antonia Eliana de Araújo; SILVA, Lúcia de Fátima; ZAGONEL, Ivete Palmeira Sanson. *Contribuição do Cuidado Clínico em Enfermagem para O Conforto Psicoespiritual de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio*. Esc. Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro. 2012 out.- dez.; 16 (4): 666 – 673.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: março 2019.

REGINATO, Valdir; BENETTO, Maria Auxiliadora Graice; GALLIAN, Dante Marcelo Claramonte. *Espiritualidade e Saúde: Uma Experiência na Graduação em Medicina e Enfermagem*. *Trab. Educ. Saúde* [online], Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 237-255, jan./abr., 2016.

RENAUD, Isabel Camelo Rosa. *O Cuidado em Enfermagem*. *Pensar Enfermagem* [online]. Escola Superior de Enfermagem Lisboa, Portugal. 2014, vol. 14, nº 1, 2010.

SALICIO, Dalva Magali Benício; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O Significado da Humanização da Assistência para Enfermeiros que Atuam em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em: mar. 2019.

SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucinéia Stach; PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Paes. *Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. *Acta Paul Enferm.* [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2013; 26 (1):71-8.

SERINO S.A. *Diagnóstico compreensivo simbólico: uma psicossomática para a prática clínica*, São Paulo: Editora Escuta, 2011.

SILVA, Fernanda Duarte da; CHERCHINCHARO, Isis de Moraes; SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia de Assunção. *Discurso de Enfermeiros Sobre Humanização na Unidade de Terapia Intensiva*. *Esc. Anna Nery* (impr.), Rio de Janeiro, 2012, out.-dez.; 16 (4): 719-727.

SILVEIRA, Lia Carneiro; VIEIRA, Alcivan Nunes Monteiro; Ana Ruth Machado; MIRANDA, Carla Correia Lima; SILVA, Lúcia de Fátima. *Cuidado Clínico em Enfermagem: Desenvolvimento de um Conceito na Perspectiva da Reconstrução da Prática Profissional*. *Esc. Anna Nery* (impr.), Rio de Janeiro. 2013, jul. – set.; 17 (3): 548-554.

SOARES, Narciso Vieira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. *Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem*. *Acta Paul Enferm* [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011, 24 (5): 683-8.

SOUZA, Maria de Lourdes; SARTOR, Vicente Volnei Bona; PADILHA, Maria Itayra Celho; PRADO, Marta Lenise. *O Cuidado de Enfermagem – Uma aproximação teórica*. *Texto Contexto Enferm.*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Abr.-Jun. 14(2): 266-70.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. *Enfermagem na UTI Neonatal*. *Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco*. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad: Cedes*, Campinas, vol. 29, n. 79, p 324-334, set.-dez., 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: dez. 2018.

VERÍSSIMO, Thays Dutra Chiarato. Cuidado pré-operatório de enfermagem e a utilização do diagnóstico de enfermagem “risco de sofrimento espiritual”, realidade ou utopia. *Trabalho Final de Mestrado Profissional*, 74 p. Orientador Nilton Eliseu Herbes – São Leopoldo: EST/PPG, 2017.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Conceitos de Cultura -Uma Compreensão Necessária para o Cuidado em Enfermagem. *RECCS: R. Cent. Ci. Saúde*, Fortaleza, V. 14, p. 32-35, dez. 2001. Disponível em: <<http://periodics.br/RBPS/article/download/1880/2005>>. Acesso em: mar. 2019.

VILA, Vanessa Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito Falado e Pouco Vivido”. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2002, março-abril; 10 (2): 137-44. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: jan. 2018.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. *Cuidar e humanizar: Relações e significados*. Acta Paul [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2011. 24(3); 414-8.