

Artigo Original

Góes MGO, Crossetti MGO

Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento

Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190150

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>

## Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento

Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness

Desarrollo de un modelo de atención espiritual para los pacientes y los parientes en la enfermedad

Marta Georgina Oliveira de Góes<sup>a</sup> 

Maria da Graça de Oliveira Crossetti<sup>b</sup> 

### Como citar este artigo:

Góes MGO, Crossetti MGO. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190150. doi:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>

### RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento.

**Metodologia:** Estudo qualitativo que utilizou como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e metodológico a Teoria Fundamentada em Dados por Charmaz. Realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 participantes e validação do Modelo por um grupo de expertise, de março a maio de 2016 em Hospital Universitário do sul do Brasil. Na análise dos dados foram realizadas as codificações: inicial, focalizada, axial e teórica.

**Resultados:** As categorias que estruturaram o Modelo foram Situando a espiritualidade no seu viver; Exercitando a espiritualidade na vida; Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual; Identificando as manifestações das necessidades espirituais; Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado e Ressignificando o adoecimento.

**Conclusão:** A construção do modelo possibilitou uma compreensão e interpretação conceitual sobre o cuidado espiritual na enfermagem e delineadas as conexões entre a equipe de enfermagem, os pacientes e familiares.

**Palavras-chave:** Papel do profissional de enfermagem. Espiritualidade. Cuidados de enfermagem. Modelos de enfermagem. Enfermagem. Teoria fundamentada.

### ABSTRACT

**Objective:** To develop a spiritual care model for patients and their relatives in illness.

**Methodology:** A qualitative study that uses Symbolic Interactionism as theoretical framework, and the Grounded Theory designed by Charmaz as methodological framework. Semi-structured interviews were performed with 10 participants, and the Model was validated by an expertise group, from march to may 2016, at a University Hospital in the South of Brazil. When analyzing the data, the following codifications were made: initial, focalized, axial and theoretical.

<sup>a</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Unidade de Hemodinâmica e Leitos Vascular. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

**Results:** The categories that structured the Model were the following: Situating spirituality in their daily lives; Exercising spirituality in life; Perceiving the role of the nursing team in spiritual care; Identifying the manifestations of spiritual needs; Placing spirituality as a priority in care and Re-signifying the illness process.

**Conclusion:** Developing the model has enabled us to achieve a conceptual understanding and interpretation of spiritual care in nursing and to draw up the connections among the nursing team, the patients and their relatives.

**Keywords:** Nurse's role. Spirituality. Nursing care. Nursing models. Nursing. Grounded Theory.

## RESUMEN

**Objetivo:** Desarrollar un modelo de atención espiritual para los pacientes y los parientes en la enfermedad.

**Metodología:** Estudio cualitativo que utilizó como marco teórico el Interaccionismo Simbólico; y como marco metodológico la Teoría Fundamentada en Datos diseñada por Charmaz. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 10 participantes y el Modelo fue validado por un grupo de expertos, entre marzo y mayo de 2016, en un Hospital Universitario del sur de Brasil. Al analizar los datos, se realizaron las siguientes codificaciones: inicial, enfocada, axial y teórica.

**Resultados:** Las categorías que estructuraron el Modelo fueron las siguientes: Situar la espiritualidad en su vida; Ejercitar la espiritualidad en la vida; Percibir el rol del equipo de enfermería en la atención espiritual; Identificar las manifestaciones de las necesidades espirituales; Priorizar la espiritualidad en la atención y Resignificar la enfermedad.

**Conclusión:** La construcción del modelo permitió comprender e interpretar conceptualmente la atención espiritual en la enfermería y el diseño de las conexiones entre el equipo de enfermería, los pacientes y los parientes.

**Palabras clave:** Rol de la enfermera. Espiritualidad. Atención de enfermería. Modelos de enfermería. Enfermería. Teoría fundamentada.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento ocasiona diferentes graus de mudanças físicas, emocionais, espirituais e sociais que afetam os pacientes e seus familiares. Nestes momentos percebe-se a importância de agregar ao cuidado de enfermagem a escuta ativa, o apoio emocional e espiritual os quais são elementos do cuidado espiritual e que possibilitam aos pacientes e seus familiares mobilizarem formas de enfrentamento e, assim, lidar com os desafios impostos pela doença<sup>(1)</sup>.

Para compreensão dos atributos do cuidado espiritual é necessário compreender os conceitos de espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade refere-se à dimensão interna do indivíduo, sua conexão com o sagrado e o transcendente, a religiosidade é uma forma externa de expressão da espiritualidade, pois abrange um sistema organizado de crenças, rituais e práticas com as quais o indivíduo se identifica e relaciona com um ser superior<sup>(2)</sup>.

O cuidado espiritual envolve a promoção da conexão com os outros e a comunidade, ou ainda o investigar sobre as necessidades espirituais, crenças religiosas ou de outra natureza<sup>(2)</sup>. As necessidades espirituais podem se expressar nas últimas decisões, reflexão sobre o sentido da vida, planos para o futuro, ansiedade, negação, solidão, pedidos de apoio emocional, relações familiares, necessidades religiosas, poder falar e obter garantias de não advirem sofrimentos adicionais<sup>(3)</sup>.

Estas ainda podem ser identificadas quando o paciente manifestar interesse sobre assuntos relacionados à espiritualidade, demonstrar reverência por artigos devocionais (imagens de santos, rosários e/ou escapulários, guias de proteção - utilizadas nas religiões de matriz africana, dentre outros), celebrar datas religiosas e/ou realizar questionamentos existenciais sobre a vida após a morte<sup>(4)</sup>. Apesar das necessidades espirituais apresentarem aspectos psicológicos, a natureza humana é um complexo biopsicosocioespiritual, no qual estes aspectos estão interligados e, comumente, suas manifestações estão relacionadas entre si<sup>(3)</sup>. Assim, a equipe de enfermagem necessita estar capacitada para identificar e prover o cuidado espiritual e para tanto uma das formas pode ser a aplicação de modelos.

Na revisão da literatura que precedeu a realização do estudo<sup>(1)</sup> que originou este artigo foram encontrados 22 modelos de cuidado espiritual, sete destes direcionados para os cuidados no final da vida. Em cinco estudos o objetivo estava relacionado ao atendimento de grupos cujas crenças e valores estavam profundamente ligados às suas religiões. Outros sete objetivaram a formação dos profissionais de saúde no cuidado espiritual, além do ensino e pesquisa. Os três modelos restantes caracterizaram-se assim: um modelo voltado para capelães, outro para formação dos trabalhadores do serviço social no cuidado espiritual e o último direcionado ao preparo dos enfermeiros para o cuidado espiritual aos pacientes na atenção primária.

Dentre os estudos analisados no Brasil, foram identificados três modelos de cuidado espiritual: o primeiro realizado com pacientes oncológicos para subsidiar o trabalho dos enfermeiros<sup>(5)</sup>, o segundo que é apresentado neste artigo<sup>(1)</sup> e o terceiro desenvolvido para os adolescentes com HIV/aids vivendo a transição para a vida adulta<sup>(6)</sup>.

Os modelos de cuidado espiritual em análise foram objeto de estudos de pesquisadores provenientes de contextos culturais e áreas de conhecimento diversos, aplicados em cenários de cuidado distintos. Ainda que alguns deles contassem com a participação de enfermeiros, não foram construídos a partir das vivências e experiências da equipe de enfermagem no cuidado espiritual em nosso meio<sup>(1)</sup>.

Em consenso internacional<sup>(2)</sup> realizado para o aprimoramento das práticas de cuidado com ênfase na dimensão espiritual foi reconhecida a necessidade de que os modelos de cuidados em saúde devam honrar a dignidade de todas as pessoas (pacientes, famílias e cuidadores) e que esses devam ser focados na relações com indivíduos e comunidades.

Um modelo de cuidado em enfermagem possui uma estrutura de ideias e conceitos que podem apresentar variantes nas suas concepções, além de possuir um referencial teórico-filosófico que norteie o cuidado de enfermagem<sup>(7)</sup>.

Assim, fazem-se necessários modelos de cuidado que integrem o atendimento das necessidades espirituais às demais práticas assistenciais de enfermagem, adaptados à cultura brasileira

e que sejam desenvolvidos a partir das vivências e experiências dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Desta constatação questiona-se se é possível desenvolver um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e seus familiares no enfrentamento de situações de adoecimento a partir das experiências dos enfermeiros e técnicos de enfermagem?

Assim tem-se como objetivo desenvolver um modelo de cuidado espiritual para os pacientes e familiares no enfrentamento de situações de adoecimento.

## MÉTODO

Este estudo de natureza qualitativa utilizou como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS)<sup>(8)</sup> e metodológico a Teoria Fundamentada em Dados (TFD)<sup>(9)</sup> e foi originado de uma tese de doutorado<sup>(1)</sup>.

Em sua perspectiva teórica o IS entende a sociedade, realidade e o indivíduo como estabelecidos por meio da interação e, desse modo, conta com a linguagem e a comunicação. Ainda pressupõe que a interação é dinâmica e interpretativa, trata-se de como as pessoas criam, representam e alteram os significados e ações. A TFD construtivista em uma perspectiva interacionista simbólica proporciona uma imagem interpretativa do mundo estudado e não uma reprodução fiel deste<sup>(9)</sup>.

O Interacionismo Simbólico é fundamentado em ideias básicas, as quais descrevem a natureza dos seguintes temas: grupos humanos, objetos, ser humano, ação humana. Ainda são relevantes os conceitos de símbolo, self, mente, assumir o papel do outro, linguagem, interação social e no contexto deste estudo incluiu-se o de família (Quadro 1).

Conceitos	Definições
Grupos humanos	Constituído por seres humanos envolvidos com ações, ou seja, atividades que desempenham em suas vidas com outros indivíduos ou ainda ao representar grupos e organizações <sup>(8)</sup>
Objetos	Foram classificados em três categorias: objetos físicos, sociais e abstratos. A natureza de um objeto ou de todos consiste no significado atribuído a ele por quem o possui <sup>(8)</sup>
Ser humano	Indica que o indivíduo, como um organismo atuante, não responde aos outros tão somente em um nível não Simbólico, mas emite sinais para os outros e interpreta os sinais provenientes deles <sup>(8)</sup>
Ação humana	A capacidade do indivíduo de fazer indicações para si mesmo e distingue a sua ação <sup>(8)</sup>
Símbolo	Representa o conceito central do IS e, na sua omissão, a interação entre os seres humanos torna-se inviabilizada. Os símbolos são considerados como objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação <sup>(8)</sup>
Self	O self apresenta duas fases: O “eu” e o “mim”. Na primeira fase, o “eu” refere ao indivíduo como sujeito, evidenciando as características, disposições espontâneas, não socializadas. Já na segunda, o “mim” compreende o indivíduo como objeto social, surgido da interação <sup>(8)</sup>
Mente	A “mente” é uma atividade que aponta ao self. Considera-se como processo mental a interação simbólica por meio da qual o indivíduo manuseia os símbolos e comunica-se ativamente com o seu self <sup>(8)</sup>
Assumir o papel do outro	Envolve a compreensão dos motivos e formas pelas quais as pessoas agem de determinado modo <sup>(8)</sup>

Linguagem	O uso da palavra nos diálogos e símbolos, como gestos, condutas, ações, têm significados sociais, estabelecidos nas interações e que se tornam símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza <sup>(8)</sup>
Interação social	Ação social mútua, que envolve comunicação simbólica e interpretação das ações dos outros, considerando, na organização das nossas ações, a opinião dos demais <sup>(10)</sup>
Família	Apreendida não somente como unidade biológica e natural, mas como um espaço social, portanto, interacional onde cada acontecimento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente <sup>(11)</sup>

**Quadro 1 - Ideias básicas do Interacionismo Simbólico**

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário do sul do Brasil, acreditado pela *Join Commission International*, no período de março a maio de 2016, participaram seis enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Internação Pediátrica, Bloco Cirúrgico, Cuidados Paliativos, Oncologia Pediátrica, Internação Clínica e Hemodinâmica.

A seleção por conveniência das participantes incluiu aquelas com um ano ou mais de atuação na instituição e excluiu os indivíduos sem atuação no cuidado direto aos pacientes. As enfermeiras foram escolhidas de forma aleatória e as técnicas de enfermagem indicadas por suas práticas de cuidado serem agregadas por elementos da espiritualidade.

As expertises, em número de quatro, pertencem ao núcleo de estudos sobre Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde e Espiritualidade (NEISE) da instituição e não participaram na coleta de dados inicial. Estas validaram o “Modelo de Cuidado Espiritual Preliminar” (MCEP), em um encontro cuja síntese sobre as características do modelo foi obtida após uma reunião com duração de 2h08min.

As entrevistas semiestruturadas, do tipo intensivo, caracterizado por perguntas amplas e abertas, não valorativas, contemplou também os dados de identificação: idade, tempo de exercício da profissão e de atuação na instituição do estudo. As entrevistas e o encontro com o grupo de expertise foram realizados nas dependências da instituição do estudo, ambos foram audiogravados.

A análise dos dados deu-se pelas codificações — inicial, focalizada, axial e teórica proposta pela TFD construtivista<sup>(9)</sup>. Ao longo das etapas, foram construídos os memos, os quais registraram as comparações e conexões, e indicaram as questões e direções a serem seguidas<sup>(12)</sup>.

A codificação inicial ocorreu após a transcrição de cada entrevista e de leitura detalhada, na qual foram fragmentadas as palavras, linhas ou segmentos de dados. À medida que as entrevistas eram transcritas e inseridas no software *Qualitative Solutions Research NVivo 11.0* foram elaboradas as classificações iniciais utilizando as mesmas palavras das entrevistadas para nomear as subcategorias (“códigos *in vivo*”).

A codificação focalizada valeu-se dos códigos iniciais ou subcategorias iniciais mais significativas para classificar, sintetizar, integrar e organizar os dados em subcategorias e nas categorias iniciais.

A codificação axial especificou as propriedades e as dimensões de uma categoria, ao relacionar as categorias com as subcategorias e reagrupar os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. Nessa categorização, foram obtidos os três componentes: pressupostos, ações e resultantes das ações.

Na codificação teórica identificaram-se as categorias que emergiram da codificação axial, estabeleceram-se as relações entre as mesmas e o reconhecimento da categoria central, logo após foi integrada e delimitada a abrangência da teoria, a qual correspondeu ao MCEP e esse teve seus pressupostos validados na reunião com o grupo de expertise, compostos por quatro membros do NEISE e uma enfermeira não participante do NEISE como observadora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer n° 1.385.054<sup>(1)</sup>. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus codinomes foram escolhidos pela pesquisadora, em consonância com as histórias de vida relatadas pelas participantes, a partir das denominações de Maria, mãe de Jesus, identificada por diferentes nomes de acordo com o local e as circunstâncias em que foi venerada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Da integração das categorias e subcategorias e a validação pelo grupo de expertise do MCEP emergiu a categoria central **Ressignificando o Adoecimento (RESA)**, Modelo de Cuidado Espiritual, apresentado no Quadro 2 que expressou os pressupostos acerca da espiritualidade, as ações e resultantes do cuidado de enfermagem ofertado pela equipe de enfermagem aos pacientes e seus familiares.

<b>Categoria central</b> <b>Ressignificando o adoecimento (RESA) - Modelo de Cuidado Espiritual</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Pressupostos</b>	Reconhecendo a espiritualidade como uma necessidade e um complemento
Situando espiritualidade no seu viver	Caminhando na espiritualidade
Exercitando a espiritualidade na vida	Praticando a espiritualidade ao seu modo Percebendo a espiritualidade como uma opção de vida Respeitando as crenças
<b>Ações</b>	Identificando as formas de enfrentamentos do sofrimento Acontecendo: o momento de atender às necessidades
Identificando as manifestações das necessidades espirituais	

Percebendo o papel da equipe de enfermagem	Advogando os direitos do paciente e em prol da profissão Conversando sobre espiritualidade Cuidando no processo de morte e morrer Preparando a equipe de enfermagem Limitando o cuidado pelas crenças pessoais, organizacionais e religiosas
<b>Resultantes</b>	Acolhendo o paciente e seus familiares Utilizando as práticas integrativas
Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado	Rezando com o paciente Confortando por meio da espiritualidade Continuando a acreditar todos os dias

**Quadro 2-** Ressignificando o adoecimento- modelo teórico de cuidado espiritual

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os pressupostos identificados em **Situando a espiritualidade no seu viver** englobam a trajetória na espiritualidade das enfermeiras e técnicas de enfermagem como uma necessidade fundamental para o cuidado de si e dos outros. A espiritualidade estrutura suas crenças, independente de afiliação religiosa, propicia uma sensação de bem-estar, compõe seus hábitos diários e media a busca por suas verdades pessoais.

*[...] a espiritualidade é uma segurança [...] uma fonte, onde a gente se retroalimenta, nos dá energia, conforto, consolo, independentemente do tipo de crença que tu tenhas, traz serenidade para algumas coisas que tu precisas enfrentar na vida [...] (Nossa Senhora do Carmo)*

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

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

O tempo de formação das enfermeiras e das técnicas de enfermagem, aliado às suas trajetórias de vida na espiritualidade, pode ser considerado preponderante, no modo de compreender e fazer enfermagem. As participantes demonstravam segurança e familiaridade com o cuidado espiritual associado às práticas de enfermagem usuais. O exercício da enfermagem foi decisivo no aprimoramento desses conceitos, pois o sofrimento vivenciado fortaleceu a necessidade das participantes de buscarem outras formas de conforto para si e os outros por meio da espiritualidade. Estudo relacionado ao conceito do cuidado espiritual identificou que a percepção da transcendência, autoconhecimento, afiliação religiosa, comprometimento profissional, sensibilidade e intencionalidade caracterizam os elementos que precedem a realização do cuidado espiritual<sup>(13)</sup>. Os significados, símbolos e ações do cuidado espiritual apresentaram-se de formas diferentes para as participantes, contudo foram estruturados a partir da interação com outro, qual seja família ou a sociedade. Assim, a linguagem empregada pelas participantes demonstrou o significado atribuído à

espiritualidade como fonte de segurança e serenidade. A linguagem expressou em seu simbolismo a descrição dos objetos abstratos (fé, religião, crenças) e aquilo que foi direcionado para o outro na interação social<sup>(8,10)</sup>. A narrativa das participantes demonstrou como as suas crenças foram estruturadas a partir das suas vivências na espiritualidade com a descoberta das suas próprias verdades, seja por meio de uma religião ou atividade que trouxe bem-estar. Desse modo, caracteriza-se a *natureza da ação humana* na qual o ser humano confronta o mundo e o interpreta para agir<sup>(8)</sup>.

Em **Exercitando a espiritualidade na vida** as participantes descreveram a espiritualidade como parte integrante da sua vida sob a forma dos deveres éticos de conduta e sociais de auxílio ao próximo. As formas eleitas para praticar a espiritualidade destacadas foram o respeito pelas crenças dos pacientes e familiares demonstrando disponibilidade para responder aos seus questionamentos sobre espiritualidade. O incremento da intuição também foi associado com as práticas de natureza espiritual, capacidade de cuidar do outro e a tolerância.

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

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

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

*[...] acontece [a intuição] o tempo inteiro [...] depois de eu estudar bastante, de ter esses contatos [com outras filosofias religiosas] comecei a ouvir muito mais a minha intuição, de que forma me aproximar [dos pacientes] e às vezes isso vem em um insight [...]* (Nossa Senhora da Glória)

Nesta categoria identificou-se que o exercício da espiritualidade se deu por diferentes religiões, além da adoção de práticas integrativas. A compreensão do modo como os enfermeiros e técnicos constroem suas práticas é o “*assumir o papel do outro*”, no sentido de entender o modo de oferecer o cuidado espiritual em consonância com o desejo, crenças e os valores dos pacientes e seus familiares. A conduta ética, o cumprimento dos deveres sociais de auxílio ao próximo e a valorização da intuição também foram associados ao desenvolvimento da espiritualidade. Assim, temos o *self* em sua fase *mim* atuando no mundo, ao conduzir sua interação com os outros<sup>(8)</sup>.

As enfermeiras com níveis de percepção de moderados a favoráveis sobre a espiritualidade e o cuidado espiritual apresentaram um grau adequado de competência para prover esse cuidado e também foi encontrada uma correlação significativa entre o bem-estar espiritual e atitude para com a espiritualidade e competência para o cuidado espiritual<sup>(14)</sup>. Desse modo, os indivíduos que possuem clareza em relação aos fundamentos e exercício da própria espiritualidade tendem a valorizar e



sentirem-se em condições de abordar o tema com os pacientes, afirmação corroborada em um estudo que correlacionou positivamente o abordar as questões espirituais e/ou religiosas com que níveis elevados de religiosidade pessoal, e quantos menores esses níveis foi associado ao retardo em abordar o tema com os pacientes<sup>(15)</sup>.

Nas ações reconhecidas em **Percebendo o papel da equipe de enfermagem no cuidado espiritual** encontram-se os elementos que compõem o exercício da enfermagem no cuidado espiritual. As participantes destacaram a importância de defender os direitos dos pacientes em relação às suas crenças e valores.

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

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

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

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

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

As participantes destacaram o papel de advogar os direitos dos pacientes em respeito às suas crenças e pela profissão. Os pacientes valorizavam os enfermeiros capazes de estabelecer conexões pessoais, atuar como seus defensores e responder às suas necessidades individuais<sup>(16)</sup>.

A maioria dos enfermeiros que considera o cuidado espiritual como uma competência de enfermagem, destaca a importância de uma abordagem interdisciplinar, pela complexidade em abordar a dimensão espiritual<sup>(17)</sup>.

O acolhimento aos familiares também foi destacado, pois a atenção fornecida ao paciente, principalmente os criticamente enfermos, desvia o foco da família esquecendo-se de que ambos compõem um núcleo de cuidado. Neste momento destaca-se a importância de conversar com os familiares e prepará-los para a partida de seu ente querido.

Estudo realizado com famílias de crianças e adolescentes em cuidados paliativos evidenciou a responsabilidade do enfermeiro em conhecer os modos pelos quais as famílias buscam se reestruturar frente ao agravamento da doença. Desse modo, reconhecer o sofrimento, acolher os questionamentos e realizar as orientações necessárias poderão auxiliar no retomar o equilíbrio do sistema familiar, de modo a repercutir na elaboração do luto após a morte do paciente<sup>(18)</sup>.

A família é um grupo de indivíduos em interação simbólica, assumindo o papel de elo entre o paciente e a equipe de saúde, trazendo seus significados para a situação vivida. Assim, a equipe de enfermagem são os “*outros significantes*” cujo papel é o de interagir e favorecer a compreensão dos significados presentes no adoecimento e suas consequências.

E em **Identificando as manifestações das necessidades espirituais** encontram-se as diversas manifestações das necessidades espirituais e os momentos nos quais são identificadas.

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

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

As enfermeiras e técnicas de enfermagem relataram as diversas formas de apresentação das necessidades espirituais, que por vezes, confundiram-se com aspectos biopsicossociais. Estudo indicou que as enfermeiras foram capazes de identificar as necessidades espirituais dos pacientes e as estratégias para atendê-las, mas que ainda são necessárias novas pesquisas, pois o sofrimento espiritual pode se manifestar por sintomas psicológicos, como ansiedade, angústia, depressão<sup>(3)</sup>. As necessidades espirituais também são caracterizadas como o ser reconhecido como uma pessoa até o fim da vida, a necessidade da verdade, o reinterpretar a vida, reconhecer o significado da vida, esperança e expressão religiosa<sup>(19)</sup>.

Assim se manifesta a *natureza do ser humano*, ao emitir sinais para os outros (necessidades manifestas pelos pacientes) e interpretar os sinais provenientes (percepção das participantes sobre os significados destas necessidades), e a *natureza da ação humana*, a qual pode ser guiada pelo passado, motivações, emoções tanto dos pacientes como da equipe de enfermagem<sup>(8)</sup>.

Nas resultantes identificadas em **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado** foram descritas as formas pelas quais a espiritualidade foi agregada ao cuidado ao cuidado.

*[...] na área do CTI se conversa sobre isso (suporte religioso), existe uma relação de confiança [...] ampliamos os horários para que a família possa ficar o tempo todo junto com o paciente [...] se fecha a cortina, deixa a família ficar com o paciente e o mentor religioso [...] Eu converso muito sobre as coisas que eles acreditam. Muitas vezes, aquilo que o paciente acredita é o que dará força para seguir lutando[...]* (Nossa Senhora de Lourdes)

*[...] já apliquei Reiki neles ou por dor, por não conseguir dormir, quando eles [os pacientes] me chamam, quando vão fazer algum procedimento faço uma oração também [...] ensinando exercícios de relaxamento, alguma coisa da minha prática budista, usar música, fazer uma oração [...] (Nossa Senhora da Glória)*

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

Nessa categoria preponderou a preocupação em acolher as solicitações de atendimento religioso, respeitar as crenças e valores. Estudos conduzidos com pacientes em cuidados paliativos e profissionais de saúde identificaram necessidades espirituais e intervenções semelhantes às descritas pelas participantes deste estudo<sup>(20-21)</sup>.

A interação simbólica no *assumir o lugar do outro* é responsável pelo desempenho efetivo de várias atividades, dentre elas o empatizar, auxiliar e proteger<sup>(10)</sup>.

A utilização de práticas integrativas, como o Reiki, massagem e relaxamento, foram descritas como passíveis de aliviar o sofrimento físico, psíquico e espiritual. A prática de Reiki foi efetiva na diminuição da ansiedade e intensidade da dor, bem como na diminuição dos índices pressóricos e aumento das células imunológicas dos sujeitos analisados<sup>(22)</sup>.

A prática da oração com os pacientes e familiares também foi descrita pelas participantes como frequente e realizada sempre que foi solicitado. Estudo realizado com 445 enfermeiros identificou que 90% dos participantes acreditavam ser apropriado tomar a iniciativa de abordar questões relacionadas à espiritualidade e/ou religiosidade, assim como rezar com os pacientes sob determinadas circunstâncias ou a qualquer momento<sup>(23)</sup>.

Assim, a categoria central **Ressignificando o Adoecimento (RESA)** delineou os pressupostos do cuidado espiritual oferecido aos pacientes e familiares no enfrentamento das situações de adoecimento, as ações e resultantes amparados nos metaparadigmas e no conceito de cuidado espiritual. Ainda, possibilitou uma nova compreensão do momento vivido pelo paciente e seus familiares, favorecendo a elaboração de um sentido em meio à dor e o medo, aliviar a culpa, recuperar a esperança, lembrar o paciente dos seus sonhos e desejos e oferecer à família acolhimento em seu sofrimento.

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

Os pressupostos do modelo de cuidado espiritual estão inter-relacionados com os quatro

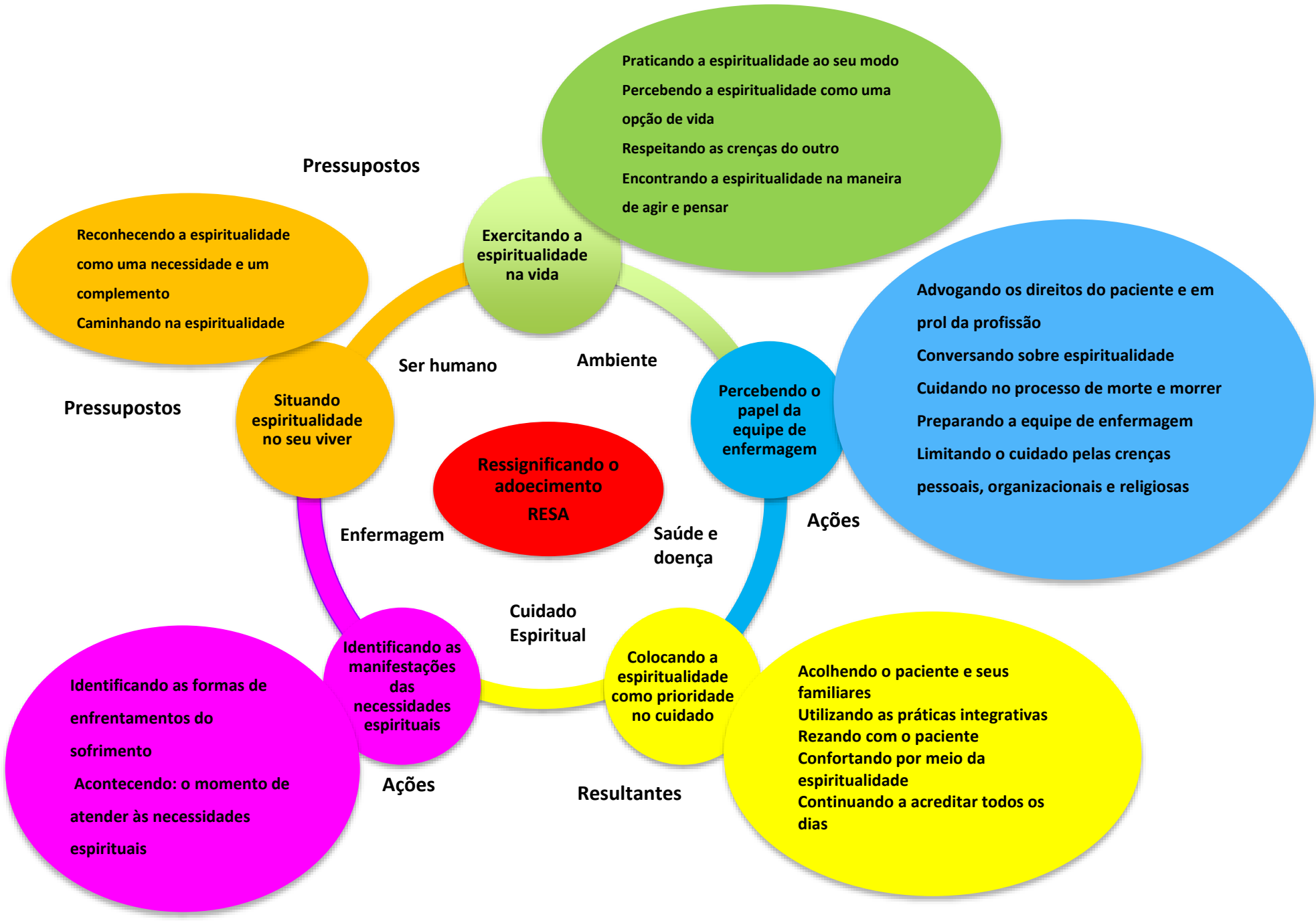
metaparadigmas da enfermagem, conceitos básicos que fundamentam a sua prática, como: enfermagem, meio ambiente/sociedade, ser humano, saúde/doença; além de outros pertinentes. Os metaparadigmas do **RESA**<sup>(1)</sup> acrescido do conceito de cuidado espiritual são apresentados no Quadro 3.

<b>Metaparadigmas</b>	<b>Definições</b>
Ser humano	Ser multidimensional (físico, emocional, social e espiritual) que é cuidado e cuida, com crenças e valores influenciados pela sua cultura. A família compõe o universo do ser cuidado.
Enfermagem	Profissão na qual a essência é o cuidar do ser humano na sua integralidade da concepção até a morte, com conhecimentos técnicos, éticos e estéticos aplicados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, em consonância com as suas crenças e valores, e é influenciada pela cultura dos cenários de cuidado.
Ambiente	Local onde o ser humano vive ou permanece durante períodos da sua vida que contempla aspectos físicos (meio urbano e rural) e não físicos (contexto social e histórico), sendo influenciado pelos aspectos culturais do grupamento humano que nele se encontra. No contexto deste estudo, é o hospital local, com uma cultura própria permeada de regras de como ser e estar para todos que atuam e permanecem nesse meio.
Saúde e doença	Processo vivido pelo ser humano e influenciado pelas dimensões biológicas, emocionais, econômicas, sociais, culturais, espirituais e o meio ambiente
Cuidado espiritual	Cuidado voltado a atender às necessidades espirituais nas suas diferentes manifestações, as quais podem ser identificadas e atendidas pela equipe de enfermagem sensível ao momento vivido pelo ser cuidado e sua família

**Quadro 3** - Metaparadigmas do modelo de cuidado espiritual

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Além disso, a construção do modelo teórico (Figura 1) possibilitou o desenvolvimento de um modelo prático de cuidado espiritual que pode ser utilizado por profissionais de outras áreas além da enfermagem.



**Figura 1** - Modelo de cuidado espiritual Resignificando o adoecimento - RESA

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do modelo possibilitou compreender a forma pela qual a experiência de vida das participantes nas diferentes vertentes religiosas, embasada nos valores familiares e na busca pessoal por respostas, conduziu gradativamente à incorporação da espiritualidade às suas práticas.

O **RESA** - Modelo de Cuidado Espiritual foi construído a partir dos pressupostos explicitados nas categorias **Situando espiritualidade no seu viver** e **Exercitando a espiritualidade** na vida e as ações das enfermeiras e técnicas de enfermagem no cuidado espiritual destacadas em **Identificando as manifestações das necessidades espirituais** e **Percebendo o papel da equipe de enfermagem** e as resultantes caracterizadas pelas prioridades de cuidado estão em **Colocando a espiritualidade como prioridade no cuidado**.

Dentre as limitações, reconhece-se a necessidade da realização de pesquisas que apliquem o modelo em outros cenários de cuidado para trazer novos olhares sobre o tema, ampliando, desse modo, a sua abrangência.

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

No ensino, acredita-se que os fundamentos e as práticas associadas ao cuidado espiritual podem ser incorporados de forma transversal ao currículo de todas as áreas do conhecimento, em especial da enfermagem.

O desenvolvimento de novos estudos que apliquem o modelo **RESA** dará prosseguimento à sua construção, o que se faz necessário para certificar-se da sua aplicabilidade e ajustá-lo quando indicado.

## REFERÊNCIAS

1. Góes MGO. Resignificando o adoecimento: modelo de cuidado espiritual [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
2. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642-56. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
3. Nixon AV, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs*. 2013;12:2. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-2>

4. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nurs Stand*. 2017;31(29):47-53. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10312>
5. Araújo MAM. O cuidado espiritual: um modelo à luz da análise existencial e da relação de ajuda [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2011.
6. Brum CN. Modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/aids na transição para a vida adulta [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
7. Favero L, Wall ML, Lacerda MR. Conceptual differences in terms used in the scientific production of Brazilian nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):534-42. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200032>
8. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press; 1969.
9. Charmaz, K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 9th. ed. New Jersey: Pearson/Prentice Hall; 2007.
11. Angelo M. *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.
12. Crossetti MGO, Goes MGO, Brum CN. Application of Constructivist Grounded Theory in nursing research. *Qualitative Rep*. 2016 [cited 2019 Jan 30];21(13):48-53. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss13/5/>
13. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):211-9. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
14. Azarsa T, Davoodi A, Markani AK, Gahramanian A, Vargaei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *J Caring Sci*. 2015;4(4):309-20. doi: <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.031>
15. Taylor EJ, Gober-Park C, Schoonover-Shoffner K, Mamier I, Somaiya CK, Bahjri K. Nurse opinions about initiating spiritual conversation and prayer in patient care. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2381-92. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13777>
16. Burnell L, Argan DI. Compassionate care: can it be defined and measured? the development of the compassionate care assessment tool international. *Int J Caring Sci*. 2013 [cited 2019 Jan 20];6(2):180-7. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/874c/8c46959696def1a572909da29e1f07d33b59.pdf?\\_ga=2.9896369.5402776.1566832584-1813756722.1562699716](https://pdfs.semanticscholar.org/874c/8c46959696def1a572909da29e1f07d33b59.pdf?_ga=2.9896369.5402776.1566832584-1813756722.1562699716)
17. Melhem GAB et al. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(1):42-9. doi: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173949>

18. Misko MD, Santos MR, Ichikawa CRF, Lima RAG, Bouso RS. The family's experience of the child and/or teenager in palliative care: fluctuating between hope and hopelessness in a world changed by losses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):560-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0468.2588>
19. Vilalta A, Valls J, Porta J, Vinãs J. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *J Pall Med*. 2014;17(5):592-600, doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0569>
20. Brémault-Phillips S, Olson J, Brett-MacLean P, Oneschuk D, Sinclair S, Magnus R, et al. Integrating spirituality as a key component of patient care. *Religions*. 2015;6(2):476-98. doi: <https://doi.org/10.3390/rel6020476>
21. Arrieira ICO, Thoferhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. The sense of spiritual care in the integrality of attention in palliative care. 2017. *Rev Gaúcha Enferm*. 38(3):e58737. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737>
22. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. *Enferm. Global*. 2015;38:346-56. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.200511>
23. Taylor EJ, Gober-Park C, Schoonover-Shoffner K, Mamier I, Somaiya CK, Bahjri K. Nurse opinions about initiating spiritual conversation and prayer in patient care. *J Adv Nurs*. 2018;74:2381–2392. <https://doi.org/10.1111/jan.13777>

**Autor correspondente:**

Marta Georgina Oliveira de Góes

[mgogoes@gmail.com](mailto:mgogoes@gmail.com)

Recebido: 02.05.2019

Aprovado: 13.08.2019