



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

por

Ana Paula da Conceição

Instituto de Ciências da Saúde

Março de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

por **Ana Paula da Conceição**

Sob orientação da Prof^a. Doutora Margarida Maria da Silva Vieira
e Co-Orientação do Prof. Doutor Elísio Costa

Instituto de Ciências da Saúde

Março de 2014

RESUMO

A presente tese apresenta os resultados de uma investigação que teve por objetivo estudar a competência para o cuidado espiritual em Enfermagem. Competência que não se traduz numa aquisição de conhecimentos, mas que abrange um horizonte mais vasto.

Neste estudo, a metodologia que utilizámos para analisar as relações estabelecidas entre algumas variáveis sócio-demográficas, com as competências para o cuidado espiritual e com o índice de inteligência espiritual nos enfermeiros, foi transversal. Efetuámos um estudo correlacional e inferencial através da análise da regressão.

Participaram no estudo 546 enfermeiros, com idades entre 22 a 65 anos. Foram aplicadas as escalas: Religião e Religiosidade de Quaresma; Spiritual Care Competence Scale (SCCS) de Leeuwen que traduzimos/validamos e adaptamos para a Língua Portuguesa; The Spiritual Intelligence Self. Report Inventory (SISRI-24) de King que traduzimos/validamos e adaptámos para a Língua Portuguesa. Com a utilização destes instrumentos de medida pretendemos conhecer a realidade dos enfermeiros portugueses no que diz respeito aos cuidados espirituais.

No final do estudo constatámos que um maior índice de inteligência espiritual, um maior tempo de exercício profissional, o aumento da idade do enfermeiro, a pertença a uma religião, ter tido formação, nesta área, seja ela académica ou não, resulta numa maior competência para a prestação de cuidados espirituais.

Enfatizamos que o cuidar em Enfermagem numa visão holística, olhando a totalidade da pessoa e não só a soma das partes, confere a possibilidade de uma prestação de cuidados globais, com os quais a pessoa poderá recuperar não só a sua saúde, como também muito da sua dignidade, pelo que não podemos omitir a dimensão espiritual do ser.

ABSTRACT

The present thesis shows the results of an investigation aimed at studying the skill for spiritual care in Nursing practice. This skill does not result in knowledge acquisition, it embraces a wider horizon instead.

In this study, the methodology we used to analyse the relations established between some socio-demographic variables, the skills for spiritual care and the spiritual intelligence index in nursing staff was transversal. We conducted a correlational and inferential study using regression analysis.

546 nurses participated in the study, aged between 22 and 65 years. The following scales were applied: Religion and Religiosity by Quaresma; Spiritual Care Competence Scale (SCCS), by Leeuwen, which we translated, validated and adapted into Portuguese; The Spiritual Intelligence Self Report Inventory (SISRI-24), by King, translated, validated and adapted into Portuguese. Using these measuring instruments, we intend to know the reality of Portuguese nurses regarding spiritual care.

At the end of the study we saw that a higher spiritual intelligence index, a longer professional practice, the increase in the nurse's age, the belonging to a religion and also having been trained in this area, whether academical or not, results in a higher skill to provide spiritual care.

We emphasise that taking care in Nursing in a holistic view, taking into account the person as a whole and not only the sum of the parts, grants the possibility of providing global health care, with which a person can recover not only his health, but also much of his dignity; so, we can not overlook the spiritual dimension of the human being.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A todos quantos estiveram presentes neste processo (e que sabem quem são) e que diferentes formas ‘tocaram’ este caminho.

À minha Congregação (Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora), por me ter proporcionado esta oportunidade de crescimento pessoal e profissional, para servir os irmãos, onde a minha presença possa ser uma ajuda.

Particularmente agradeço às Irmãs que comigo viveram ao longo deste percurso em fraternidade, pelo estímulo, compreensão e ajuda fraterna.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	31
1.1 TEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	31
1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	33
1.3. VISÃO GERAL DA TESE	77
2. QUESTÕES, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO	79
3. MATERIAL E MÉTODOS	83
3.1. TIPO DE ESTUDO	83
3.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA	83
3.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	85
3.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS UTILIZADOS	85
3.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	90
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	93
4.2. RELIGIOSIDADE	100
4.2.1. Análise descritiva	101
4.2.2. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala	103
4.3. COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPIRITUAL	107
4.3.1. Análise descritiva	107
4.3.2. Determinação das causas do grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual	110
4.3.3. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala	224
4.3.4. Análise das dimensões da escala	238

4.4. INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL	242
4.4.1. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala	244
4.4.2. Análise das dimensões da escala	256
4.4.3. Comparação do índice das dimensões	263
4.5. EFEITO DO ÍNDICE DE INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL NO GRAU DE CONCORDÂNCIA NA ESCALA DAS COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPIRITUAL	266
4.6. DETERMINAÇÃO DAS CAUSAS DO ÍNDICE DE INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL	269
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	274
5. CONCLUSÕES	275

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

ANEXO I – Carta para as ‘pessoas de referência’

ANEXO II – Grelha para preenchimento pelas ‘pessoas de referência’
dos códigos dos inquiridos

ANEXO III – Instruções para os inquiridos

ANEXO IV – Questionário

ANEXO V – Autorização do autor para a utilização da SCCS

ANEXO VI – Autorização do autor para a utilização do SISRI-24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das idades na amostra estudada (A – Distribuição das frequências das idades; B – Gráfico onde se pode observar a mediana e os percentis 25 e 75).....	94
Figura 2 - Distribuição do tempo de exercício profissional na amostra estudada (A – Distribuição das frequências do tempo de exercício profissional; B – Gráfico onde se pode observar a mediana e os percentis 25 e 75)	95
Figura 3 - Distribuição da idade da amostra estudada por local de trabalho atual e resultados do teste de Mann-Whitney para comparações múltiplas da idade por local de trabalho; xxx $p < 0.005$ vs. 'Outro local'; a) $p < 0.005$ vs. Hospital; b) $p < 0.005$ vs. Centro de Saúde; c) $p < 0.005$ vs. UCC; d) $p < 0.005$ vs. Escolas de Enfermagem)	97
Figura 4 - Distribuição índice de Inteligência Espiritual na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)	244
Figura 5 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média).....	257
Figura 6 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Pensamento crítico sobre a existência na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)	259
Figura 7 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão Estado consciente de expansão na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)	261
Figura 8 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Percepção pessoal do ser na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)	263

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Local anterior de exercício da profissão e tempo – frequências absolutas e relativas	96
Tabela 2 - Local de trabalho atual – frequências absolutas e relativas.....	96
Tabela 3 – Local de residência dos inquiridos – frequências absolutas e relativas.....	99
Tabela 4 – Nível acadêmico de aquisição de competências para prestação de cuidados espirituais – frequências absolutas e relativas.....	100
Tabela 5 – Religião – frequências absolutas e relativas	100
Tabela 6 – Participação em serviços religiosos – frequências absolutas e relativas	101
Tabela 7 – Rezar em privado – frequências absolutas e relativas	101
Tabela 8- Leitura de literatura religiosa – frequências absolutas e relativas.....	102
Tabela 9 – Rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa – frequências absolutas e relativas.....	102
Tabela 10 - Matriz de correlações da frequência na escala da religiosidade.....	103
Tabela 11 - Medida de adequação da amostragem KMO escala da religiosidade	104
Tabela 12 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos à escala da religiosidade	104
Tabela 13 - Estrutura fatorial da escala da religiosidade.....	105
Tabela 14 - Coeficientes das atividades no factor da escala da religiosidade	105
Tabela 15 - Matriz de resíduos do modelo fatorial da escala da religiosidade.....	106
Tabela 16 – Itens da escala de competências de Enfermagem para o cuidado espiritual	108
Tabela 17 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes' Resultados da estimação do modelo	111

Tabela 18 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância no item 'Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha' Resultados da estimação do modelo	115
Tabela 19 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente' Resultados de estimação do modelo.....	116
Tabela 20 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente' Resultados da estimação do modelo	118
Tabela 21 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância no item: 'Sou capaz de escutar ativamente a "história de vida" do paciente estabelecendo a relação com a sua doença/deficiência' Resultados da estimação do modelo.....	120
Tabela 22 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (demonstrando preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade pessoal.' Resultados da Estimação do Modelo.....	123
Tabela 23 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente' - Resultados da estimação do modelo	126
Tabela 24 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais' Resultados da estimação do modelo.....	129
Tabela 25 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar' - Resultados da estimação do modelo	135
Tabela 26 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no Plano de Cuidados de Enfermagem' - Resultados da estimação do modelo	140

Tabela 27 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de dar a conhecer por escrito o funcionamento espiritual do paciente' - Resultados da estimação do modelo.....	143
Tabela 28 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente' - Resultados da estimação do modelo.....	147
Tabela 29 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou efectivamente capaz de encaminhar o paciente para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais' - Resultados da estimação do modelo.....	153
Tabela 30 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz atempadamente...' - Resultados da estimação do modelo	158
Tabela 31 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sei que devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente' - Resultados da estimação do modelo.....	161
Tabela 32 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo.....	167
Tabela 33 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei, tanto com o doente como na equipa multidisciplinar' - Resultados da estimação do modelo	173
Tabela 34 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde' - Resultados da estimação do modelo	177
Tabela 35 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais' - Resultado da estimação do modelo.....	182
Tabela 36 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários' - Resultados da estimação do modelo.....	188

Tabela 37 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item 'Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais' - Resultados da estimação do modelo	191
Tabela 38 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo.....	195
Tabela 39 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo	200
Tabela 40 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno' - Resultados da estimação do modelo	205
Tabela 41 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente' - Resultados da estimação do modelo	209
Tabela 42 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem' - Resultados da estimação do modelo.....	213
Tabela 43 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de implementar um projecto de cuidado espiritual na área de Enfermagem - Resultados da estimação do modelo	219
Tabela 44 - Matriz de correlações do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual.....	225
Tabela 45 - Medida de adequação da amostragem KMO - Escala das competências para o cuidado espiritual.....	228
Tabela 46 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos à escala do grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual.....	229
Tabela 47 - Estrutura fatorial do grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual.....	231

Tabela 48 - Coeficientes dos itens nos fatores da escala do grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual	234
Tabela 49 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual	235
Tabela 50 - Alfa de Cronbach das dimensões da escala do grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual	238
Tabela 51 – Frequências relativas das dimensões da escala das competências para o cuidado espiritual.....	239
Tabela 52 - Matriz de correlações das dimensões da escala das competências para o cuidado espiritual.....	240
Tabela 53 - Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas das dimensões da escala das competências para o cuidado espiritual	241
Tabela 54 - Distribuição das respostas pelas categorias.....	243
Tabela 55 - Matriz de correlações dos itens do Inventário de Inteligência Espiritual.....	245
Tabela 56 - Medida de adequação da amostragem KMO do Inventário de Inteligência Espiritual.....	248
Tabela 57 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos do Inventário de Inteligência Espiritual.....	249
Tabela 58 - Estrutura fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual	250
Tabela 59 - Coeficientes dos itens nos fatores do Inventário de Inteligência Espiritual.....	252
Tabela 60 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual.....	253
Tabela 61 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: ‘Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente’ do Inventário de Inteligência Espiritual – frequências absolutas e relativas	256
Tabela 62 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: ‘Pensamento crítico sobre a existência’ do Inventário de Inteligência Espiritual – frequências absolutas e relativas	258

Tabela 63 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: 'Estado consciente de expansão' do Inventário de Inteligência Espiritual.....	260
Tabela 64 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: Percepção pessoal do ser do Inventário de Inteligência Espiritual	262
Tabela 65 - Matriz de correlações das dimensões do Índice de Inteligência Espiritual.....	264
Tabela 66 - Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas do Índice de Inteligência Espiritual das dimensões.....	266
Tabela 67 - Efeito do índice de Inteligência Espiritual no grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual (SCCS) - Resultados da estimação do modelo	267
Tabela 68 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no índice de Inteligência Espiritual - Resultados da estimação do modelo.....	270

LISTA DE SIGLAS

AGFI - Goodness of Fit Index Ajustado

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EBE – Escala de Bem-Estar Espiritual

EUA – Estados Unidos da América

GFI - Goodness of Fit Index

IC – Intervalos de confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

PSI - Psycho-Matrix Spirituality Inventory

QI – Quociente de Inteligência

RMSR – Root Mean Square Residual

SCCS – Spiritual Care Competence Scale – Escala de competências para o cuidado espiritual

SISRI-24 - The Spiritual Intelligence Self. Report Inventory – Investário de Inteligência Espiritual

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

1 – INTRODUÇÃO

Ser enfermeiro exige uma capacidade, não só de executar técnicas como também de se relacionar, em todas as dimensões do ser, com o outro a quem cuida. Isto implica consequentemente a necessidade de se conhecer e de ir progredindo na aquisição de competências para fazer mais e melhor.

Estando a Enfermagem atenta a todas as dimensões da pessoa numa visão holística, olha-a num todo e olha esse todo, com intuito de melhorar o seu bem-estar e ajudar a dar sentido ao seu viver.

No âmbito da Enfermagem quanto mais os profissionais usarem no seu cuidar os conhecimentos sobre a individualidade e especificidade de cada pessoa, mais eficazmente promoverão uma melhor qualidade de vida dos que estão aos seus cuidados, aplicando-se isto a toda a dimensão do Ser de um modo particular na dimensão espiritual da pessoa.

A espiritualidade é algo de novo e de constante desde a origem do homem. Novo porque agora se procura descobrir e aprofundar, presente desde sempre porque intrínseco à própria existência humana, ao próprio ser pessoa.

1.1. TEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Este projeto de investigação nasce do percurso pessoal e profissional de vida. O tema da espiritualidade surge em diferentes âmbitos e realidades como um desafio e inquietação de ir mais além. A inquietação pelos cuidados espirituais em Enfermagem, nem sempre transparece nesta profissão, pelo que surgiu o desejo de conhecer de veras a realidade concreta sobre a qual, nós enfermeiros, nos movemos e simultaneamente abrir novos caminhos, de modo que a prática seja mais holística e não deixe para segundo plano a espiritualidade e tudo aquilo que ela pode trazer como ganhos para a saúde. Pre-

tende assim este percurso contribuir para o conhecimento científico desta realidade e abrir novos horizontes que nos possam ajudar a fazer mais e melhor.

O objetivo deste trabalho foi aprofundar o tema da competência para o cuidado espiritual em Enfermagem. Com os resultados, pretende-se vir a consciencializar os enfermeiros para a importância do cuidado espiritual, do valorizar o potencial que cada pessoa traz consigo, para desenvolver ao máximo as suas competências.

Os estudos atuais em Portugal confirmam que a dimensão espiritual e/ou religiosa é muito importante para a obtenção de ganhos em saúde. Em Portugal, têm sido realizados vários estudos tendo como base o tema da espiritualidade, no entanto, não encontramos nenhum disponível que foque o contexto da inteligência espiritual e da competência para o cuidado espiritual. Alguns trabalhos de investigação abordam temáticas relacionadas com questões da espiritualidade em Enfermagem, o estudo das competências em Enfermagem de Maria de Fátima Dias (1); a revisão sistemática de literatura de Joaquim Oliveira que analisa a vivência da dimensão espiritual no cuidar transpessoal da pessoa em situação de doença crónica – a perspetiva do enfermeiro (2); outros ainda que abordam questões como o bem-estar espiritual, o cuidado espiritual em oncologia. Salientamos a construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde por Pinto & Pais-Ribeiro, uma escala elaborada pelos autores e aplicada a doentes oncológicos (3); o estudo Rego em que fez a validação para a realidade portuguesa de um instrumento de avaliação espiritual (Spiritual Assessment Scale) (4); o de Mendes que versou sobre o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de Enfermagem atendendo à dimensão espiritual do ser humano (5); o de Berenguer que validou o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual (6).

Existem ainda outros estudos que se orientaram para as necessidades dos doentes nesta dimensão, entre eles salientamos o de Quaresma, que abordou o sofrimento e a espiritualidade no doente com esclerose múltipla (7); o de Silva que abordou a espiritualidade e religiosidade nas pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar (8); o de Querido que se debruçou sobre a promoção da esperança no fim de vida (9). Nenhum destes estudos se debruçou sobre as competências dos profissionais de Enfermagem para o cuidado espiritual, daí que nasça o presente estudo.

1.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Neste estudo usamos como base o conceito de espiritualidade de Wright que se apresenta como tudo o que confere significado e propósito à existência de cada pessoa, nas suas diferentes formas de estar no mundo, na relação com os outros, consigo própria e com o universo (10).

Um estudo de investigação na área da espiritualidade em Enfermagem surge num contexto em que já existe um amplo conjunto de investigadores a desenvolver diferentes aspetos desta temática, como refere Rego: “a investigação sobre temas religiosos e espirituais tornou-se, nestes últimos anos, mais ‘respeitável’, devido às crescentes provas que a espiritualidade e a religião têm efetivamente importância para a saúde e para a doença” (11 p. 199). Esta certeza fez-nos levar a cabo o aprofundamento desta importância real e significativa da dimensão espiritual da pessoa e da sua relação com o processo de saúde/doença.

Já Narayanasamy nos aponta uma visão da espiritualidade aplicada à Enfermagem e aí foca também o seu olhar sobre a base biológica da espiritualidade que este autor coloca como inerente a toda a pessoa, evocando sentimentos que demonstram a existência do amor, fé, esperança, confiança, temor e inspirações; aí fornecendo significado e uma razão de ser (12).

O nosso estudo baseou-se em enfermeiros, que no dia-a-dia da sua profissão lidam com outras pessoas de forma a ajudarem-nas a desenvolver o melhor de si mesmas. A espiritualidade é uma característica do ser humano que lhe permite aceder a valores transcendentais que elevam muito para além dos limites do que é efêmero. Equiparar a espiritualidade a um valor é elevá-la ao patamar de constituinte de cada pessoa humana e de um potencial de crescimento e desenvolvimento que nunca termina. É muito natural na nossa realidade portuguesa e em determinados contextos, haver pouca clarividência sobre o conceito de espiritualidade e este mesmo, ser confundido com outros, o que ao longo do nosso estudo tentámos clarificar. Sem dúvida, que conceitos como espiritualidade, religião e saúde acompanharam e permanecem na história da humanidade, assim como, que por inerência da sua essência, na da própria Enfermagem. Este percurso

dentro da própria humanidade, demonstra a indiscutível relação, mas simultaneamente, a importância que tem para um enfermeiro não descurar esta mesma relação e adquirir/aprofundar competências para benefício da pessoa que cuida, podendo potencial positivamente as relações entre a espiritualidade, religião e saúde ao longo dos tempos (13).

Apontamos algumas perspectivas no que é o ser espiritual e o quanto é uma característica do ser humano. Sob o pensamento de Max Scheler apresentado no seu artigo sobre a diferença essencial entre o homem e o animal salientamos:

“Se situarmos no topo do conceito de espírito a sua função particular de saber, o tipo de saber que só ele pode proporcionar, então a determinação fundamental de um ser “espiritual”, seja qual for a sua constituição psicofísica, é o seu desprendimento existencial do orgânico, a sua liberdade, a possibilidade que ele – ou o centro da sua existência - tem de se separar do fascínio, da pressão, da dependência do orgânico, da “vida” e de tudo o que pertence à “vida”...” (14 p. 8).

Se há algo que caracteriza a pessoa é a sua dimensão espiritual que a leva a olhar a vida com um olhar distinto duma simples visão estritamente física.

Não podemos deixar de olhar para o conceito de saúde, pois esta também ultrapassa os limites das questões fisiológicas como menciona a Ordem dos Enfermeiros que nos apresenta a saúde como: “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.” (15). O olhar que nos aponta esta definição leva muito para além de um afunilar de questões físicas e tratamentos inerentes às mesmas, mas vê a pessoa como um ser holístico, em que o todo é mais do que a soma das partes e que, quando uma das suas dimensões é ‘atingida’ o todo é afetado.

O conceito de saúde espiritual apresentado por Zohar & Marshall é definido como um estado de inteireza centrada (16). Este vem despertar-nos para a ideia de que somos um todo, e se, centrado esse todo para além de si, pode de alguma forma dar sentido a toda a existência, assim como, a todo o fenómeno de saúde/doença que ocorre na sua própria existência.

No que se refere à inteligência espiritual, os mesmos autores referem que “A inteligência espiritual é o meio como podemos mover-nos de um para o outro; ou seja, o meio como podemos curar-nos. E o recolhimento, o veículo da inteligência espiritual, significa literalmente ‘recolher’, ‘reunir’, ou ‘encaixar’ as peças fragmentadas de nós mesmos” (16 p. 206). Apresentam-nos estes autores a inteligência espiritual como um potencial para unificar o nosso ser, daqui que tenhamos considerado esta variável significativa para o presente estudo

Competência e cuidado espiritual

Pretendemos de alguma forma neste momento e neste contexto, aprofundar os conceitos de competência e de cuidado espiritual para delimitar o nosso campo de estudo.

Mitchell, Bennett & Manfrin-Ledet no estudo que realizaram sobre como podem os estudantes de Enfermagem desenvolver competências para prestar cuidados espirituais a doentes terminais, concluíram que a espiritualidade é uma componente importante da assistência ao doente todos os dias e se interliga com a Enfermagem. Evidenciaram ainda, que os alunos que são competentes para a prestação de cuidados espirituais são preparados para tratar de questões de espiritualidade que frequentemente encontram nos seus pacientes. No entanto, enfatizam a importância que cada um tem de perceber essa dimensão em si mesmo. Reiteram que a competência espiritual é a base para promover a esperança, o propósito e significado. Abordam ainda alguns dos meios fundamentais para desenvolver essas competências como a autoconsciência e a avaliação de necessidades espirituais, entre outras (17). Baseados nestes pressupostos avançamos no aprofundamento desta relação da competência e do cuidado espiritual.

A competência

A competência é um conceito inerente à profissão de Enfermagem. Para a Ordem dos Enfermeiros, este conceito aparece ligado à própria definição de enfermeiro.

Como podemos analisar, o conceito de competência é muito abrangente e lato. Vários estudos têm aprofundado e conferido importância à competência nos cuidados de Enfermagem. Benner apresenta-nos no seu livro 'De iniciado a perito', um modelo de aquisição e desenvolvimento de competências; aponta que uma enfermeira competente tem consciência dos seus actos e dos planos fundamentados que estabelece para a resolução de um problema; sabe do que é capaz, pelo que enfrenta os imprevistos com determinação; pela planificação que faz do seu processo de cuidado torna-se eficiente dentro da organização (18).

A relação que é estabelecida entre consciência e competência reafirma a sua importância e age não por acaso mas com sentido, sabe o porquê da sua intervenção e o para quê. A atenção ao que cada enfermeiro é na sua essência leva-o a uma aptidão maior para ajudar aquele que está ao seu cuidado; a consciência de si marca a diferença na sua ação, só assim pode prestar cuidados holísticos (19).

A competência, não passa por um fazer só e unicamente, mas por um fazer bem, estando consciente do seu ser e agir, sem confundir o ser competente com o ser qualificado. É preciso estarmos deveras atentos aos conceitos, ao que eles significam e são na prática; de facto uma pessoa pode ser portadora de muitas qualificações o que não lhe confere competência para a execução de determinada tarefa. As competências são marcadas pela experiência de vida do cuidador, das capacidades que o mesmo desenvolve para acompanhar o outro no seu processo, sem se impor. É manifesta a importância da relação que se estabelece entre cuidador e pessoa cuidada; no seio dessa relação desenvolvem-se competências que emergem do ser. Todo este caminho não se faz por um somatório de conhecimentos que se adquirem, os recursos da própria experiência de vida, se bem usados e interligados transformam-se em competências. Não seremos de forma alguma competentes em todas as situações que vivemos, mas podemos analisar os recursos que temos e a forma de os aplicar a diferentes situações. As competências que se vão adquirindo ao longo do tempo não nos conferem um leque ilimitado de capacidades; como outros aspetos da nossa vida, também as competências, necessitam de ser avaliadas e, se necessário for, adaptadas à realidade, que é volátil. Entre o saber, o querer e o poder, se confinam os contextos da competência, pois a união destes fatores en-

riquece a pessoa e a falência ainda que só de um deles cria instabilidade. Como vimos, para cuidar, não basta conhecimentos científicos, estes pelas qualificações que atribuem um caráter definitivo, mas as competências não, estas variam em cada situação (20).

Leeuwen apresenta-nos a competência como uma habilidade para realizar uma tarefa, obtendo os resultados esperados (21). No fundo, a habilidade pode ser adquirida ou inata, mas quando bem orientada, produz um efeito positivo na ação.

No âmbito da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, definiu o ‘Perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais’, referindo que “os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais são a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional” (22).

Pesut aponta que a literatura sobre a assistência espiritual, frequentemente cita três competências de Enfermagem relacionadas com a espiritualidade: autoconsciência, o conhecimento sobre espiritualidade e religião e como agir em Enfermagem para a prestação de cuidados espirituais (23).

Rhodes, Morris & Lazenby num estudo que realizaram nos EUA, analisaram a motivação dos alunos para estudarem Enfermagem e a perceção que têm da importância da competência no cuidar em Enfermagem. A relação que estes autores salientam entre competência e cuidado, aporta à Enfermagem um estar específico diante da pessoa, que faz a diferença pelo olhar ao ser integral de cada ser humano (24).

Collière, no que aborda sobre a competência da Enfermagem, apresenta o enfermeiro como aquele que está para e com o outro nas suas necessidades. Impele-nos a olhar cada pessoa de uma forma ampla que atende ao todo e não só as partes (25), tendo consciência de que se uma das partes não está bem o todo é afetado.

Quando nos referimos às competências para o cuidado espiritual segundo Leeuwen & Cusveller temos de atender a três domínios que são: o autoconhecimento e a comunicação; a dimensão espiritual no processo de Enfermagem; a segurança e experiência no cuidado espiritual. Estes domínios permitem potenciar a nossa competência individual para a prestação de cuidados espirituais (26).

Após uma análise cuidada, a definição de competências na enfermagem que adoptamos para o este estudo referem-se às características individuais, assim como, aos

conhecimentos que permitem ao enfermeiro agir de uma forma autónoma nos diferentes domínios dos cuidados de enfermagem, seja na prevenção, na cura, na reabilitação e na reinserção do paciente de novo no seu ambiente familiar, no seu trabalho e nas outras atividades sociais onde estava inserido (1).

Cuidado espiritual

Definir espiritualidade é algo complexo, embora esta seja algo inerente a cada pessoa. Como já foi referido é indubitável que a reflexão que atualmente se faz sobre esta temática abra horizontes novos, para uma prestação de cuidados mais personalizados, porque olham a pessoa em todas as suas dimensões, não descurando a dimensão espiritual.

Embora muitos relacionem a espiritualidade com o sentido de vida, claro que esta não se pode confinar à questão de dar sentido à vida, vai mais longe, não é algo que se vive isolado e em alguns momentos, mas algo inerente à pessoa que implica toda a sua existência, nas várias relações que estabelece com tudo e com todos os que o rodeiam e também na relação consigo próprio (10).

Com facilidade ao longo dos tempos se confunde ou interliga espiritualidade com religião e ritos; a evolução dos conceitos ajuda a descobrir a diferença entre estas realidades embora em alguns aspetos estas se possam complementar.

O que muitas vezes se confunde é o conceito de espiritualidade e religião. Diversos autores explanam sobre esta temática, dos quais salientamos Tanyi que refere que a espiritualidade é uma componente inerente ao ser humano, a espiritualidade envolve a busca de sentido da vida por parte do homem, enquanto a religião é algo organizado e que a muitas pessoas pode ajudar a viver a sua própria espiritualidade, mas não é estritamente necessário ter determinada religião para que se considere a pessoa como um ser espiritual (27), pois tem em si esta dimensão espiritual ainda que possa não ser consciente de a ter.

Para King a religiosidade é um conjunto de comportamentos, sociais ou privados, incluindo rituais, valores e atitudes que são baseados em doutrinas religiosas previ-

amente estabelecidas, incluindo histórias e símbolos. A espiritualidade é de natureza pessoal enquanto a religiosidade é de natureza social. (28).

Também Teixeira, Müller & Silva aludem a que a espiritualidade e religiosidade são estados emocionais, estados de consciência ou condições psicológicas independentes da religião e da filosofia. Os autores não querem com isso dizer que as religiões não sejam importantes, até porque referem que podem favorecer e estimular o estado espiritual e eventualmente em algumas circunstâncias, podem pela sua rigidez e pela formalidade da sua estrutura inibi-lo. Ressaltam que a espiritualidade alude ao lado mais elevado e sublime da vida, como um potencial humano cultivado pelas pessoas, tenham ou não uma determinada religião (29).

Como afirma Dunn a religião e espiritualidade não são um mesmo objeto, no entanto, para algumas pessoas a religião é um meio de vivência da sua espiritualidade. Mesmo sem alguma religião a dimensão espiritual é atributo de toda a humanidade (30), cada pessoa transporta em si o seu ser espiritual.

Fica assim mais explícita a abrangência do conceito de espiritualidade em relação à religião; de facto, as duas podem coexistir, mas a espiritualidade tem um leque de abrangência maior (31).

A constatação destes conceitos não é unicamente um objeto de estudo, é também necessário reconhecer que a espiritualidade necessita de estar no leque de conhecimentos e mais ainda no agir de cada enfermeiro, como referem Peres, Simão & Nasello: “Faz-se necessário o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde por parte dos profissionais; esclarecer os conceitos de religiosidade e espiritualidade com os profissionais; incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação de novos profissionais...” (32 p. 143). Estes autores constataam a necessidade, e a urgência de cada profissional de Enfermagem saber mais sobre esta dimensão, para que na realidade das ações inerentes à sua existência se concretizem no quotidiano da sua intervenção. É de evidenciar como aponta Watson que o próprio enfermeiro se envolve em todo o acto de cuidar com todas as dimensões do seu ser (33), pois a pessoa que ele cuida carrega em si (como o próprio enfermeiro) diferentes dimensões.

Neste estudo partimos do pressuposto de que religião e espiritualidade são realidades distintas.

Claro que a amplitude destes conceitos não se confina ao âmbito da Enfermagem, mas é mais abrangente como afirmam Emmons & Paloutzian, que consideram que os fenómenos religiosos e espirituais estão envoltos num paradigma interdisciplinar e não confinados ao âmbito da psicologia da religião (34). Esta observação reforça a importância de estudos em diferentes áreas do conhecimento, com a abordagem destes temas, como este presente estudo pretende ser para a área da Enfermagem.

Cada pessoa, cada homem e cada mulher é um ser espiritual; somos todos seres espirituais (35). Podemos assim asseverar que os enfermeiros em toda a sua ação têm papel importante nesta dimensão espiritual, tão intrínseca à pessoa humana, na sua ação profissional. Esse agir deve atender às características únicas da pessoa humana como refere Scheler:

“ Só o homem, enquanto é pessoa, consegue – como ser vivo – alçar-se acima de si e, a partir de um centro que está, por assim dizer, para lá do mundo espaço-temporal, fazer de tudo, inclusive de si próprio, um objeto do seu conhecimento. Por isso, o homem, como ser espiritual, é o ser superior a si mesmo como ser vivo e ao mundo. É enquanto tal igualmente capaz da ironia e do humor, que encerram sempre uma elevação sobre a existência própria” (14 p. 17).

Como enfermeiros, somos também nós portadores deste ser espiritual; o cuidado começa por nós mesmos. Na medida em que vivemos a partir do centro, a vida ganha sentido e temos atributos da nossa própria espiritualidade que podem, e são passados aos outros. Assim, cada pessoa o pode fazer consigo mesmo e por conseguinte com aqueles que o rodeiam. Daí que, o agir da Enfermagem recair unicamente em cuidados físicos é reduzir essa ação a algo passageiro e efémero. Se associamos mais dimensões ao cuidar, trazemos ao de cima características perenes, mais constantes e que ampliam a razão do ser físico muito para além de si mesmo e dos ciclos temporais e espaciais da existência.

Para o nosso ser espiritual emergir é importante tomar consciência do que sou, do que vivo e de como o vivo. Renaud diz que existem diferenças entre o espírito e a consciência: pelo espírito passa uma consciência reflexiva; o espírito do Homem passa pela exteriorização do ser, e o encontro consigo próprio pelo que vem do seu exterior (36). Esta reciprocidade que se cria dentro de nós faz sobressair uma amplitude do ser multidimensional; na simplicidade do cuidado de uma doença, pode (e muitas vezes acontece) a busca de um sentido mais profundo para aquele acontecimento que em determinados momentos faz com que a pessoa almeje não só curar e muitas vezes nem curar, mas compreender-se e unificar o seu ser para viver esse momento em plenitude acalentando dentro de si aspirações muito mais perenes que a cura.

Bay, Ivy & Terry realizaram um estudo em que os enfermeiros se retiravam e tinham como foco desse tempo de paragem o autocuidado espiritual. No fundo foi colocar em prática a ideia que emerge em diferentes autores de que o enfermeiro é portador de espiritualidade e que o bem-estar espiritual favorece o seu cuidado ao outro. Os autores salientam que os enfermeiros são seres espirituais e muitos estão em sintonia com a sua própria espiritualidade. Muitos vêem a sua profissão como uma vocação. Muitas pessoas no processo de doença colocam questões espirituais e os enfermeiros são aqueles que mais próximos estão dos doentes e famílias, podendo assim atender às necessidades espirituais (37).

No entanto, a espiritualidade em si mesma, não pode ser observada de uma forma redutora, os conceitos de significado, de vida e oração são em si mesmas experiências e expressões de espiritualidade na relação com um ser supremo (38).

Narayanasamy aprofundou a influência da espiritualidade nos cuidados espirituais ao longo da história e constatou como evidente a abordagem holística pelos enfermeiros no cuidado. Para além desta evidência, o autor, sugere que há espaço para desenvolver programas educacionais para preparar melhor os enfermeiros a fim de atenderem às necessidades espirituais dos doentes. Salienta ainda que na Enfermagem existe uma lacuna no que se refere à contextualização histórica da espiritualidade; o autor debruça-se sobre esta perspetiva histórica nos seus estudos e conclui que apesar da Enfermagem olhar numa perspetiva holística da pessoa, denotou que existem falhas na pres-

tação de cuidados espirituais, pelo que ele salienta a importância de desenvolver estudos que possam clarificar o porquê de os enfermeiros não prestarem cuidados espirituais (39).

McSherry & Draper propuseram-se a estudar o porquê da ausência nos currículos de Enfermagem da dimensão espiritual; o seu estudo debruçou-se sobre a realidade do Reino Unido. Denotaram, que a dimensão espiritual está em alguns casos ausente por razões complexas e diversificadas. Inserir esta dimensão nos currículos é segundo os autores, um risco, mas salientam que sem risco não há desenvolvimento nem mudança. Enfocam também a necessidade de flexibilidade e tolerância nas Escolas de Enfermagem, uma vez que serão sentidas dificuldades na inserção desta dimensão, devido à sua absoluta ausência no currículo (40).

Watson na sua teoria ‘filosofia e ciência do cuidar’ aponta que as enfermeiras precisam de estar atentas ao ambiente e à relação que têm com a saúde e a doença. Este ambiente é externo e interno; neste último podemos encontrar o bem-estar mental e espiritual. A teórica salienta ainda que só na relação interpessoal pode existir eficácia no cuidado humano. Olhou a consciência com capacidade para extrapolar a dimensão física do ser. A sua abordagem à dimensão espiritual do ser refere-se a questões relacionadas com a saúde e com os aspectos espirituais. O convite de Watson aos enfermeiros é de que devemos reconhecer o nível metafísico/espiritual da existência; que nos leva a uma expansão da existência humana, ou seja, no fundo a uma transcendência do próprio ser (41).

Muitas vezes o acto de cuidar é entendido como um simples executar de acções, porém, Honoré fala no cuidado como tendo aspectos subjetivos; cada um de nós dá ao cuidar um sentido que pode ser diferente, desde o substituir o outro ao educá-lo, desde o acolher ao empenhar-se na ação a executar. Sem dúvida que o cuidado envolve a pessoa em todo o seu ser; no fundo o cuidado é uma forma de estar na vida que passa pelo agir. O cuidado é uma experiência vivida num misto de alegria, esperança e angústia, olhado como uma experiência, carrega em si múltiplas complexidades e aprendizagens que levam mais além. (42).

Neuman aponta entre algumas variáveis que afectam o sistema de saúde do doente, a espiritualidade; constatou que a variável espiritual careceria de um maior desenvolvimento, considera fundamental atender a esta variável para a prestação de cuidados holísticos (41).

Parse, na sua teoria ‘tornar-se humano’, alude à dimensão espiritual da pessoa quando menciona o pressuposto da transcendência em que no-la apresenta como a infinita possibilidade que é o tornar-se humano, o acreditar, o seguir numa determinada direção (41). No fundo, a sua teoria do ‘tornar-se humano’ é em si mesma espiritual pois há um processo contínuo para se atingir o ‘ser’ que ainda não se ‘é’. Há uma busca transcendente constante de um ser em descoberta é um processo que extrapola o físico ou psicológico de cada pessoa.

Newman na sua teoria remete-nos para a dimensão espiritual da pessoa quando menciona as questões que se referem à expansão da consciência. Compreende que os momentos críticos da pessoa são aqueles, em que o profissional de Enfermagem participa no processo pessoal de expansão da consciência, tornando-se parceiro nesse processo. Salienta que cada indivíduo carrega em si, um padrão de consciência. Compreende que a doença que surge não diminui a totalidade mas infunde-lhe uma forma diferente. Reitera que o nível de consciência evolui com a idade, que se expande. Newman aponta-nos, na sua teoria, para o apoio que a Enfermagem dá na expansão da consciência dos clientes. Neste processo o enfermeiro é visto como parceiro. Faz referência à transcendência como um processo pelo qual a pessoa atinge o nível mais elevado de consciência. Incentiva a pessoa a potenciar o poder que tem dentro de si própria a fim de evoluir para níveis de consciência mais elevados (41).

Kolkaba salienta como uma das necessidades de cuidados de saúde a que abrange a dimensão psicoespiritual da pessoa. Esta dimensão, segundo ela, pertence à consciência interna de si próprio englobando em si a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida, assim como a relação com uma Ordem ou um Ser Mais Elevado (41).

Segundo Penha & Silva num estudo teórico de aprofundamento sobre o inteligível e o sensível, salientam que é importante ter novas formas de cuidar, que não se sin-

tetiza na palavra humanizar os cuidados mas passa também pela expressão espiritualizar o cuidado (43). Assim se confirma a importância de tantos autores abordarem as questões relacionadas com as questões espirituais.

Na Enfermagem utilizamos a CIPE como uma linguagem de referência, aludimos a ela neste trabalho para analisar alguns aspectos referentes à espiritualidade que fazem parte do seu conteúdo. Na versão 2, encontramos várias definições que se referem à espiritualidade e/ou ao ser espiritual da pessoa. Destacamos as seguintes:

“Angústia espiritual – rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga com a divindade;

[...]

Bem-Estar Espiritual – imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial;

[...]

Crença espiritual – convicção e disposição pessoal para reter e abandonar acções tendo em conta os princípios da vida que impregnam, integram e transcendem a natureza biológica e psicossocial de cada um.” (44)

Apresenta ainda os seguintes conceitos: culto, rezar e meditação como concretização de um comportamento espiritual.

Define saúde como: “ Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.” (44). A amplitude deste conceito revela-se de suma importância para o agir do enfermeiro.

Como referimos diversos estudos questões sobre a espiritualidade na Enfermagem, um recente estudo de Pedrão & Beresin, que analisa a posição do enfermeiro perante a questão da espiritualidade, com ele pretendeu-se avaliar o bem-estar espiritual dos enfermeiros, a sua opinião sobre a importância de prestar assistência espiritual aos doentes, e se obtiveram ou não, na sua formação profissional, alguma preparação para prestar assistência espiritual ao paciente. Neste estudo descritivo e exploratório realizado com uma amostra de 30 enfermeiros sendo aplicada a escala de bem-estar espiritual e um questionário elaborado pelos autores, chegaram à conclusão de que uma maioria

de enfermeiros apresentava valores *scores* positivos, a grande maioria considerou importante oferecer assistência espiritual aos pacientes e destacou que não recebeu formação profissional para prestar assistência espiritual (45).

Moniz & Frias referem que a espiritualidade é a busca de todo o Homem ao longo da sua vida, o desenvolvimento espiritual permite um processo de mudança que também têm implicações na saúde (46).

Segundo Milligan o cuidado espiritual é cada vez mais reconhecido como um elemento essencial dos cuidados de saúde. O autor aponta no seu estudo algumas das formas de como os enfermeiros podem identificar, apoiar e ajudar as pessoas a satisfazer as suas necessidades de cuidados espirituais (47).

Para Sawatzky & Pesut os enfermeiros são cada vez mais solicitados para participar no cuidado espiritual aos seus pacientes. Os cuidados espirituais são intuitivos, interpessoais, altruístas, integrais, que dão sentido e direção a todos os aspetos da vida, dependendo da consciência do enfermeiro da sua própria dimensão transcendente da vida, sem descurar a realidade do paciente. Apontam ainda que expressões espirituais, como o amor, a esperança e a compaixão constituem a abordagem mais básica e universal à assistência espiritual e pode ser integrada em todos os aspetos dos cuidados de Enfermagem. O cuidado espiritual pressupõe estar com o outro em amor e diálogo, podendo existir intervenções de Enfermagem na realidade religiosa e/ou espiritual do paciente (48).

Lundberg & Kerdonfag, num estudo realizado na Tailândia sublinham a importância de olhar o todo do ser e não se foca unicamente num aspecto, valorizam o cuidado ao Homem total e o sentido que o mesmo dá ao que lhe acontece e à vida que transporta em suas mãos; mencionam o quanto os aspetos individuais do prestador de cuidados espirituais (enfermeiro) influencia a sua prestação e a sua abrangência. Como qualquer outro cuidado prestado ao paciente também os cuidados espirituais implicam a avaliação da necessidade que cada um tem nessa dimensão. Os cuidados espirituais devem ser apreendidos nos cursos de Enfermagem, para que, posteriormente na profissão, cada enfermeiro possa prestar cuidados holísticos, temos consciência de que não é possível a prestação destes cuidados unicamente por uma aprendizagem formal mas é

necessário um reconhecimento da sua própria dimensão espiritual (49), para assim a reconhecermos e valorizarmos no outro.

Caldeira, Castelo Branco & Vieira afirmam que “A espiritualidade é intrínseca ao ser humano, reconhecível quando surge como necessidade, logo, inerente aos cuidados de Enfermagem.” (50 p. 146). Daí que não podemos colocar de parte esta dimensão de cada pessoa que está ao nosso cuidado.

Sessanna, Finnell & Jezewski salientam que é de suma importância conhecer, perceber e aprofundar a dimensão espiritual do ser, para que não seja algo confuso ou distante, mas algo que cientificamente é reconhecido, mensurável e passível de desenvolvimento (51). Este foi um pilar de apoio na execução desta investigação que pretende trazer mais clareza a esta temática para a realidade da Enfermagem em Portugal.

Amaral afirma num estudo direcionado para o cuidado de doentes vítimas de traumatismo medular: “os enfermeiros deverão estar preparados para avaliar a expressão subtil das necessidades espirituais do lesionado medular... este acompanhamento poderá ainda beneficiar com a partilha por parte do enfermeiro, da sua perspetiva espiritual nomeadamente no que diz respeito ao sentido e propósito de vida, o que implica necessariamente que o enfermeiro consciencialize a sua própria espiritualidade” (52 p. 579). Esta opinião vem reforçar a apreciação de vários autores e alertar para a importância de cada enfermeiro tomar consciência da sua própria espiritualidade; essa tomada de consciência vai facilitar o cuidado espiritual ao doente independentemente do tipo de patologia que o afete.

Os enfermeiros podem dar assistência espiritual aos doentes falando sobre questões espirituais ou até rezando com eles, mas a sua própria espiritualidade é igualmente importante, pois pode tornar-se o elemento que sustenta e de uma forma tácita pode em muito melhorar a qualidade da prestação do cuidado espiritual (53). Por tudo o que já foi exposto, advém salientar a suprema importância de cada um olhar para si e conhecer-se a nível espiritual. Olhar à forma como vive a sua espiritualidade, como a mesma influencia o seu jeito de ser e estar, diante das questões existenciais.

Atender à individualidade de cada um é sem dúvida um desafio e um assumir da especificidade de cada pessoa como ser único e irrepetível (47).

O cuidado espiritual em Enfermagem é uma oportunidade para os enfermeiros, que lhes permite ampliar a compreensão da condição humana, em vez de a limitar estritamente num conceito (53).

No seu estudo Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong & Byrd salientam que a amplitude de horizontes no que se refere aos cuidados espirituais advém em justa verdade dos mesmos serem prestados e de existirem diversos estudos que os aprofundam (54). Aqui se percebe que, ainda de forma por vezes informal, os enfermeiros atendem a esta necessidade sentida por aqueles a quem cuidam e que os estudos que têm abordado esta temática têm permitido alargar horizontes.

Atendendo a esta interligação do cuidar, dos conhecimentos científicos, da espiritualidade e colocando o nosso olhar sobre cada pessoa como alguém que necessita de uma atenção específica porque é diferente de todas as outras pessoas, percebemos que cada um de nós em situações diferentes apresenta necessidades diferentes. A situação de doença por si só traz à pessoa necessidades diferentes, do que se não estivesse doente, e por consequência não necessitasse de cuidados de Enfermagem. Por tudo isto, o enfermeiro deverá unificar todo o seu ser, para cuidar a pessoa que tem diante de si da melhor forma possível. Ao agir como um ser biopsicossocial, cultural e espiritual, terá que o fazer de uma forma consciente em relação a todas estas dimensões que existem em si. Porque não se trata na relação enfermeiro-doente de curar só e unicamente, mas cuidar de um todo.

As relações terapêuticas necessitam de um ambiente propício para ocorrerem, o enfermeiro é o ser humano que vive muitas vezes num contacto próximo com o sofrimento; atender à sua própria espiritualidade nessas situações pode capacitá-lo de uma forma mais eficaz para promover a espiritualidade daquele que está ao seu cuidado. (35).

A pessoa é, sem dúvida alguma, o centro de todos os cuidados de Enfermagem. Cada enfermeiro, embora possa ter a sua própria definição e ideia sobre o ser pessoa, é orientado pelo conceito de pessoa adotado nos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, que considera a pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o

que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (55). Segundo esta noção, temos de salientar que não podemos estereotipar cuidados para todas as pessoas, mas temos de adequar os cuidados a prestar a cada pessoa, segundo a sua própria identidade e necessidades específicas.

Uma das dificuldades apontadas na prestação de cuidados espirituais pode ser segundo Sawatzky & Pesut um escasso conhecimento sobre espiritualidade o que vai limitar a capacidade de atender/entender as necessidades espirituais dos pacientes (48). De fato, não é fácil viver a partir do que não conheço e mais complicado se torna ajudar o outro a viver o que eu próprio não vivo, porque desconheço.

Quando abordamos a questão das necessidades espirituais atendemos a distintas realidades, como referem Galek, Flannelly, Vane & Galek temos de atender a sete parâmetros nesta realidade: a pertença, o sentido, a esperança, o sagrado, a moralidade, a beleza e a aceitação da morte (56). Vemos sem dúvida o quanto estes termos são profundos e alguns mais íntimos, pelo que, abordá-los com o outro de uma forma coerente, implica a necessidade de cada enfermeiro os tenha reconhecido e olhado dentro de si mesmo e de alguma forma percorrido um processo de integração dos mesmos.

Nunca será de mais salientar a unicidade e especificidade de cada pessoa. Este ser único é a grande riqueza e ao mesmo tempo o grande desafio para os enfermeiros, porque não podem estar com todas as pessoas de uma forma exatamente igual, mas adaptar-se àquele que se encontra diante de si (41).

Embora a questão da espiritualidade nos cuidados de Enfermagem não seja algo de novo é no entanto necessário ter especial atenção a esta dimensão da pessoa, e de modo formal ou informal o enfermeiro deverá preocupar-se em dar resposta às necessidades que são inerentes a esta dimensão, como nos refere O'Brien, o enfermeiro não poderá continuar a limitar-se a omitir esta dimensão ou a misturá-la com religião, encaminhando o assunto para o capelão ou algum agente religioso, embora em algumas situações isto também seja válido e importante. Será relevante saber qual a religião que professa, mas também e não menos importante, perceber qual o sentido que a pessoa dá à sua vida no momento atual e como intervir para ser ajuda nesta dimensão (57).

Vivemos numa sociedade multirreligiosa e secular; nós enfermeiros podemos estar em contacto com pacientes de várias religiões. Não é realista esperar que cada enfermeiro dê uma assistência especializada a nível da religião, no entanto, os conceitos de espiritualidade e de cuidado espiritual em Enfermagem podem muito bem ser um bom ponto de partida para abordar as diferentes necessidades religiosas dos pacientes (53) e encaminhar quando oportuno para peritos das diferentes religiões.

Claramente, os enfermeiros não podem descorar este papel na sua profissão, como dizem Dyson, Cobb & Forman, alertando na conclusão da sua revisão de literatura que os enfermeiros são chamados a usar a arte e a intuição para a prestação dos cuidados espirituais e não para os omitir na sua ação (58).

Cada enfermeiro como pessoa que é, e que em si tem também esta dimensão espiritual, deverá em primeiro lugar encontrar-se a si mesmo, para depois na relação com o doente/utente poder perceber e ajudar o outro (27).

Alargar o conceito de cuidados espirituais é o grande desafio colocado hoje aos que nas mãos trazemos a possibilidade de ajudar o outro a encontrar novo sentido e perspectivas diferentes, mesmo quando estes nos parecem viver sem esperança (35).

No aprofundamento do conceito de espiritualidade para a Enfermagem Pesut debruçou-se sobre o que estava a ser ensinado em Escolas de Enfermagem sobre a espiritualidade e o cuidado espiritual. A análise foi realizada a partir da literatura usada para fundamentar estes conhecimentos. Os resultados deste estudo, sugerem que, embora este corpo de literatura fornecesse conteúdo abrangente sobre espiritualidade e cuidado espiritual, há alguns problemas subjacentes a nível conceptual, particularmente no que se refere à distinção entre religião e espiritualidade. Constatou também a dificuldade em identificar de uma forma clara o que é uma intervenção exclusiva de um cuidado espiritual. Pesut reitera que existem três pressupostos que veiculam o cuidado espiritual em Enfermagem; primeiro, toda a pessoa tem uma natureza espiritual; segundo, o cuidado espiritual é uma responsabilidade dos cuidados de Enfermagem holística; terceiro, muitos enfermeiros não estão preparados para a prestação de cuidados espirituais (23). Diferentes autores, que iluminaram a nossa investigação de um ou outro modo, chegam a

estas conclusões que confirmam a importância de continuarmos a desenvolver conhecimento sobre esta temática.

A abrangência dos cuidados de Enfermagem leva muito mais longe do que aplicação de conhecimentos, leva essencialmente ao conhecimento de pessoas únicas e irrepetíveis e a criar com elas uma relação numa multiplicidade imensa de ações que marcam o agir da Enfermagem e lhe confere sentido.

Na teoria de Watson fica claro que o espírito, o ser interior ou a alma de uma pessoa existe em e por si própria. Aqui vemos claramente o olhar sobre a pessoa numa ótica que vai muito para além do ser físico (41). A dimensão espiritual do ser, é intrínseca ao seu próprio existir.

A dimensão espiritual não surge como algo recente na investigação e na saúde, pois já em 1988 a Organização Mundial de Saúde reestruturou o conceito multidimensional de saúde e iniciou um aprofundamento das questões ligadas à espiritualidade e saúde, sendo considerado o bem-estar espiritual uma das dimensões do estado de saúde (59). Posteriormente muitos são os estudos em diferentes áreas e particularmente na Enfermagem, a abordar esta temática da espiritualidade como por exemplo, o desenvolvido por O'Brien sobre a espiritualidade na Enfermagem que aborda questões como as necessidades espirituais dos doentes e a espiritualidade nas pesquisas de Enfermagem entre muitos outros (57).

No que se refere ao cuidado espiritual neste estudo, referimo-nos à ação realizada no 'acto de cuidar', que atende às crenças e aos valores pessoais e também à aceitação da diferença de cada pessoa pelos seus comportamentos e atitudes, desenvolvidos ao longo da sua vida. O cuidado espiritual tem portanto de atender à individualidade de cada pessoa que ao longo da sua própria vida constrói a sua própria história pessoal (46). Como profissionais de Enfermagem é nossa ação a prestação de cuidados e estes incluem a pessoa na sua globalidade, por conseguinte, também na sua dimensão espiritual.

Desde os inícios da Enfermagem, se deu relevo à dimensão espiritual da pessoa. Florence Nightingale considerava que as necessidades do espírito são tão importantes como as fisiológicas para a saúde. Quando falamos em cuidado holístico uma das di-

mensões que está subjacente é a dimensão espiritual, embora esta, frequentemente, tenha sido delegada em líderes religiosos (60). De alguma forma a Enfermagem retoma o seu papel insubstituível na prestação de cuidados espirituais, os quais podem em algumas circunstâncias ser partilhados e enriquecidos com a participação de líderes religiosos mas que não deixam de ser da responsabilidade dos enfermeiros.

Todas as dimensões da pessoa são foco de atenção do cuidado de Enfermagem (33).

McSherry & Draper sugerem que os cuidados espirituais podem também ser pedidos a outros profissionais de saúde, ao que é importante atender, para não considerarmos estes cuidados, pertença exclusiva dos profissionais de Enfermagem (61). Por tudo isto, a realização de cuidados espirituais é missão da equipa multidisciplinar da qual os enfermeiros não se podem demitir.

A dimensão espiritual surge de forma mais ou menos explícita em diferentes teóricas de Enfermagem, nas grandes associações internacionais de Enfermeiros, assim como nos deveres dos enfermeiros legislados no Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses no artigo 81º alínea a): “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;” e no artigo 82º alínea b): “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;” (55).

Martsof & Mickley no estudo que realizaram sobre o conceito de espiritualidade nas diferentes teorias de Enfermagem, referem que o mesmo necessita de clareza (62). Na prática e na investigação de Enfermagem, existe falta de esclarecimento/formação sobre o que é espiritualidade, o que leva a um não assumir a responsabilidade da prestação dos cuidados espirituais.

O cuidado espiritual é mais do que uma aquisição de conhecimentos teóricos. Wilt & Smucker consideram que a prestação de cuidados espirituais é uma arte e uma ciência, o que exige criatividade, sensibilidade e inteligência e não unicamente técnicas (63). Vai muito para além duma apreensão de conhecimentos, passando por uma vivência pessoal, concreta, pois o próprio enfermeiro é portador de espiritualidade.

Tzeng & Yin debruçaram-se sobre os cuidados religiosos no sistema de saúde de Taiwan, tentando perceber se este sistema dá aos enfermeiros recursos para a prestação

deste tipo de cuidados. Reconheceram que não é uma tarefa fácil para construir uma saúde centrada no paciente, um sistema que integre em si todo o processo de cuidado, envolvendo também os familiares e toda a equipa de saúde. No entanto, os autores acreditam que será possível aplicar um modelo de cuidado integral que inclui o corpo, a mente e o espírito; no fundo, eles alertam para a necessidade que há de descentrar os enfermeiros de uma prática puramente voltada para a dimensão física da pessoa (64).

Num outro artigo os mesmos autores Tzeng & Yin abordam as crenças religiosas e necessidades espirituais das comunidades chinesas. Nesta abordagem têm como pano de fundo uma patologia específica. Os autores concluíram que é importante que o enfermeiro compreenda as tradições religiosas e culturais da pessoa que cuida, sendo também fundamental reconhecer que os prestadores de cuidados de saúde também têm necessidades espirituais (65).

Kale no seu estudo sobre cuidado espiritual no Uganda, envolveu diferentes intervenientes em cuidados paliativos nesse país, sendo na sua maioria enfermeiros. Analisou a prática de cuidados espirituais com doentes terminais e a sua contextualização no ambiente cultural e tradicional desse povo, salientando a importância dos profissionais na valorização deste tipo de cuidados, para que os mesmos possam vir a ser valorizados pelos doentes (66).

Wright refere que os enfermeiros devem ter competências para responder com uma sensibilidade espiritual aos pacientes. Necessitam de apreender que tipo de conversações e práticas espirituais podem ajudar a recuperar a saúde ou aliviar o sofrimento. Por isso, o enfermeiro deve utilizar de forma oportuna e pertinente, a instalação da esperança, o apoio espiritual, a facilitação do crescimento espiritual, o toque terapêutico, a presença, o ouvir ativamente, o humor, o suporte emocional e a musicoterapia (10).

Utilizar técnicas que podem ajudar ao cuidado espiritual, implica perceber a importância que estas têm para o mesmo. Tem suma relevância a experiência pessoal das técnicas para compreendê-las de uma forma mais profunda.

Não podemos ignorar que qualquer cuidado tem como centro o outro, a pessoa que é cuidada, e não sou eu enfermeiro/a, que vou encontrar sentido para a vivência

atual e real daquela pessoa concreta que cuida. Cada um de nós tem nas suas mãos essa possibilidade e capacidade.

Como referem Zohar & Marshall: “Posso encontrar-me numa situação dolorosa ou desagradável, mas só nós podemos influenciar a nossa forma de reagir. Só eu posso assumir uma atitude relativamente ao que me acontece. Só eu posso conferir um sentido ao que me acontece” (16 p. 311). Esta certeza se por um lado é constrangedora querendo cada enfermeiro cuidar e ajudar a melhorar o estado da pessoa que está ao seu cuidado por outro é tremendamente envolvente, uma vez que se em mim enfermeiro/a, o doente encontrar alguém que vive com sentido, isso, poderá ‘estimulá-lo’ a essa mesma busca de sentido para a sua própria vida.

A pesquisa de Deal concluiu que os enfermeiros podem intervir a nível espiritual, ouvindo e rezando com o doente, enfatizando que o cuidado espiritual é uma dimensão importante na Enfermagem (67).

Nascimento, Oliveira, Moreno & Silva salientam a importância dos cuidados espirituais, no seu estudo direccionado para a Enfermagem pediátrica oncológica (68). Parece-nos viável dentro do contexto da bibliografia atual poder aplicar esta afirmação à Enfermagem em geral, na qual se reconhece o desafio da prestação de cuidados integrais, dentro dos quais têm também a sua importância os cuidados espirituais.

Indissociável do cuidado espiritual está a individualidade de cada pessoa e a distinta forma de viver os acontecimentos ao longo da vida, essa individualidade deverá ser respeitada e atendida no cuidado (46).

Após um estudo sobre os fatores que afectam a prática do cuidado espiritual Chan concluiu que a prestação de cuidados espirituais pode ter uma influência direta na melhoria do estado físico e aponta para que se dedique tempo na prestação destes cuidados, afim de poder ser uma mais valia, um benefício para aqueles que são os sujeitos da nossa ação espiritual (69)

Os estudos sobre espiritualidade e cuidados espirituais são de grande importância para que a prestação de cuidados de Enfermagem seja mais eficaz nesta área e não seja limitada por uma não compreensão de conceitos, como foi reiterado por Pike (70). Como em muitas outras dimensões da pessoa, o treino torna o cuidador mais apto para

perceber a necessidade e tomar a decisão sobre o caminho a seguir para a colmatar, assim também ocorre com as necessidades espirituais. Claramente que este aspeto anteriormente descrito mostra a necessidade de que o enfermeiro aprenda e apreenda o verdadeiro significado e sentido da espiritualidade, como referem Nascimento, Oliveira, Moreno & Silva (68). Voltamos a salientar a ideia que não se trata unicamente de um sentido técnico ou de uma aquisição de conhecimentos, mas algo que vai mais além e que traz em si um envolvimento pessoal e profundo do próprio enfermeiro porque também ele é portador de espiritualidade.

Lane salienta que o enfermeiro está presente junto do doente internado durante todo o processo, pelo que, pode permitir que ele se torne o artista da sua própria cura; entende a autora que a arte e meditação – dimensão espiritual do ser – ajudam ao tratamento; salienta ainda que a criatividade e a espiritualidade permitem aos enfermeiros colaborar no processo de cura e modificar a imagem do cuidado em Enfermagem. (71)

O cuidado espiritual não se limita a um ser mas a um fazer, implica uma ação, uma passagem concreta da espiritualidade que é intrínseca a cada Homem, que não se confina a um saber, mas sim a um ser que se partilha (72). Uma ação, que parte desde o próprio enfermeiro, no encontro da sua dimensão espiritual, para a pessoa cuidada.

Como refere Leeuwen, a confrontação com espiritualidade envolve as crenças e convicções dos enfermeiros. Aponta ainda que as experiências clínicas e da vida podem influenciar a competência na prestação de cuidados espirituais. (21)

Watson refere que não chega saber mas é necessário agir tendo como centro o espírito corporizado do ser (73). De facto os cuidados espirituais têm de ser efectivos e concretos.

McEwen na sua análise sobre o estado da arte no que se refere ao cuidar em Enfermagem, conclui a importância de fornecer cuidado espiritual delineando novas formas de melhorar esses mesmos cuidados na prática, tendo como base uma teoria anteriormente aprendida e interiorizada. (74)

O cuidar aplicado à prática da Enfermagem passa pela complexidade que olha à individualidade de cada ser cuidado e por uma multiplicidade de conhecimentos e práti-

cas que advém do enfermeiro, mas que indubitavelmente são marcadas pelo seu ser que denota o seu jeito específico e único de cuidar (75).

No cuidar, nem tudo é cientificamente controlável, pois o mesmo tem em si todas as dimensões do ser; cuidar, é um valor como refere Hesbeen (75). Sem dúvida, que nesta perspectiva não podemos olhar o cuidar como uma aquisição pontual de um determinado conhecimento que fica inalterável na sua essência, mas algo, que pela sua complexidade e ampla dimensão, se pode transformar a cada dia e de tal forma, que não conseguimos em nenhum instante cuidar duas pessoas que são diferentes de um modo exactamente igual.

O enfermeiro é o profissional de saúde que está sempre presente, particularmente em ambiente hospitalar. O objetivo da Enfermagem não é em última instância o curar a pessoa e mesmo quando outros profissionais, nada mais têm a fazer, os enfermeiros não culminam a sua ação (75).

Os cuidados espirituais podem ser administrados mesmo quando parece que fisicamente nada há a fazer e nada faz sentido, como salientam diversos autores (77).

Já Florence Nightingale trazia em si este cuidado espiritual como descreve Leighton: “ - Parece adivinhar quando estamos sem coragem e surge sempre para nos animar” (76 p. 27).

Como refere Scheler: “O acto espiritual, tal como o homem o pode realizar, e contrariamente à simples retroação do esquema corporal animal e dos seus conteúdos, está essencialmente ligado... chamaremos “concentração” a este acto, e chamá-lo-emos a ele e ao seu fim, o fim deste ‘concentrar-se’, ‘consciência de si, própria do centro de atividade espiritual’ ou ‘autoconsciência’.” (14 p. 11). A autoconsciência, ajuda ao encontro consigo próprio, e que depois conduz ao encontro com o outro de uma forma positiva.

A pessoa não é estanque no seu desenvolvimento mas um ser sempre em construção, cada um de nós faz individualmente o seu processo de crescimento e desenvolvimento mesmo naquilo que se refere ao ser espiritual (33).

Watson valoriza uma unificação do ser composta também por uma dimensão espiritual que nos leva à dimensão de plenitude à qual todos aspiramos que se compara a sermos semelhantes a Deus (33).

Inteligência espiritual

Se relacionarmos cuidado espiritual e inteligência espiritual aqui podemos reiterar a opinião de Zohar & Marshall que afirmam: “A forma espiritualmente inteligente de resolver qualquer problema teórico ou prático é pô-lo numa perspectiva ampla a partir da qual podemos vê-lo com a maior clareza possível.” (16 p. 265). Uma abertura de horizontes transporta consigo um maior leque de soluções.

Salientamos que existe no campo científico controvérsia em redor da definição de inteligência e que na investigação realizada constatámos que existem inúmeras definições para este conceito. Abordaremos apenas alguns estudos que consideramos pertinentes para o nosso processo de conhecimento.

Segundo Sternberg & Kaufman, a inteligência define-se como: atributos cognitivos, sociais e comportamentais valorizados em cada cultura como requisitos de adaptabilidade para viver nessa cultura. Apesar dos conceitos de inteligência variarem de cultura para cultura os atributos cognitivos subjacentes não se alteram, no entanto, no que se refere aos atributos sociais e comportamentais apresentam algumas variações. Estes autores entendem que há uma medição das capacidades cognitivas comuns a todas as culturas apesar das capacidades cognitivas terem diferentes manifestações e valorizações em cada cultura (78).

Partimos da constatação de que para toda a investigação científica há diferentes teorias que não são contraditórias, mas complementares, focando diferentes aspetos levantando diversas questões sobre o tema a investigar; esta constatação aplica-se também à inteligência e às inúmeras teorias defendidas em relação a esta temática.

Com este estudo, pretendemos abordar a inteligência espiritual, uma de muitas inteligências assumidas em algumas áreas do conhecimento científico. Passaremos a

explicar sobre algumas questões relativas às múltiplas inteligências, onde surge também, para alguns autores, a inteligência espiritual.

Todo o ser humano é portador de inteligência, que permite a resolução de problemas e estimula a criatividade (79).

Gardner propôs que a definição de inteligência não dependesse de um único fator mas do resultado de um conjunto distinto e independente de diferentes inteligências. A teoria das múltiplas inteligências está dividida, para este autor, em sete tipos de inteligência: linguística; lógico-matemática; espacial; musical; corporal-cinestésica; interpessoal; intrapessoal (80).

O autor da teoria das múltiplas inteligências, Gardner, coloca a questão da existência de uma inteligência espiritual, ainda que não a assuma na tabela das inteligências que definiu (81).

Para Gardner, os modelos anteriores sobre inteligência são questionáveis como aqueles que avaliavam o QI e que segundo ele se mostravam muito limitados para avaliar/medir todas as habilidades humanas. O QI foi largamente utilizado e defendido em diferentes partes do mundo e ainda é utilizado em alguns locais (80). Colocando o horizonte da inteligência muito para além dum coeficiente depreendemos o quanto se abriram as portas para conhecer mais a mente humana e a sua complexidade.

No pensamento de Gardner para se classificar uma inteligência ela teria de satisfazer a maioria dos critérios referidos anteriormente (80). Esta teoria abre horizontes e alarga interesses relativos à inteligência humana.

É indiscutível que Gardner é um nome de referência no que toca a falar de múltiplas inteligências, no entanto, o modelo de Gardner recebeu várias críticas. Pava no seu estudo dedicado à educação, critica Gardner por ter limitado o número das inteligências, colocando como que um ponto final, não deixando grande abertura para um conhecimento mais alargado, o que se percebe ser irreal neste mundo que vive mutações tão rápidas e profundas. Para Pava, o facto de Gardner ter excluído a inteligência espiritual da sua lista, fá-lo pensar que omite a existência de pensadores espirituais e de líderes religiosos, que pela sua vida, pregação e forma de estar, pela sua busca do mais profundo e bom que existe no Homem nos ajudam a certificar da existência desta inteligên-

cia. O autor refere ainda acreditar que a mente espiritual leva a unir conceitos como integridade e integração. No fundo, salienta o quanto é importante a unicidade da pessoa humana em todas as suas dimensões, no seu ser total (82).

Uma das críticas a esta teoria relaciona os critérios de inclusão das inteligências com fatores neurobiológicos, pois segundo Gardner, cada inteligência tem correspondência a uma única região cerebral satisfazendo o critério de independência entre as inteligências. No entanto, os estudos vão demonstrando que há múltiplas áreas do cérebro envolvidas simultaneamente nos processos mentais responsáveis por cada inteligência (83).

Outra das críticas há independência das inteligências vem de Sternberg & Kaufman que observaram uma elevada correlação entre a inteligência espacial e a lógico-matemática com elevado grau de dificuldade em testar as duas de forma separada. Também segundo estes autores a inteligência musical e corporal-cinestésica não se deveriam denominar inteligências mas sim talentos, pois um indivíduo com fracas capacidades musicais e cinestésicas não é considerado menos “inteligente” nas sociedades modernas. Apesar do valor reconhecido à teoria das múltiplas inteligências, ela demonstra ter vários limites quando se trata de apontar evidências empíricas (78).

Perkins propôs a teoria da inteligência verdadeira, que se baseava em três aspectos da inteligência: neural, experiencial e reflexiva. Os aspectos neurais da inteligência refletem as características genéticas individuais de cada pessoa; os aspectos experienciais resultam das experiências acumuladas ao longo da existência; os aspectos reflexivos contemplam as estratégias relacionadas com a memória. (78)

Outra das teorias criadas recentemente foi a teoria da “inteligência bem-sucedida” por Sternberg & Kaufman, esta permite ao indivíduo adaptar, modificar e escolher os locais onde se encontra de forma a concretizar os seus objetivos pessoais e os objetivos da sua sociedade ou cultura. A teoria baseia-se em parte nos resultados encontrados nos testes convencionais de inteligência realizados ao nível escolar que não permitem prever o sucesso de um indivíduo. Segundo a teoria, o indivíduo é capaz de identificar as suas características mais fortes e mais fracas de forma a reunir as mais

fortes e assim compensar ou corrigir as mais fracas. Como nos referem os autores, para esta inteligência existem três

capacidades importantes: analítica, criativa e prática. Vários estudos sugerem que há outros aspetos da inteligência independentes do QI mas não menos importantes, segundo alguns autores, um modelo baseado em múltiplas capacidades escolares e no desempenho profissional seria provavelmente mais satisfatório. Sternberg propôs o modelo bioecológico de inteligência, segundo o qual o potencial cognitivo, o contexto e o conhecimento são fatores essenciais e de diferenciação individual. O potencial cognitivo tem uma base biológica mas o seu desenvolvimento é dependente do contexto ambiental e é difícil, se não impossível, separar as contribuições biológicas das contribuições ambientais no desenvolvimento da inteligência. O contexto influencia o sucesso de uma tarefa com as mesmas exigências cognitivas. (78)

O conceito de inteligência emocional foi introduzido por Salovey & Mayer em 1990 esta surge como a capacidade de perceber com precisão, avaliar e exprimir emoções; a capacidade de aceder e / ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; a capacidade de regular emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (84).

Grewal & Salovey apresentam uma análise cuidada sobre a inteligência emocional e como ela pode facilitar a vivência do dia-a-dia. Eles alertam que se olha muitas vezes a inteligência emocional sem a base científica que lhe dá consistência. Referem ainda que uma pessoa ser emocionalmente inteligente, não faz com que seja uma pessoa com ética e daí poderá usar esta inteligência tanto para o bem como para o mal. A investigação nesta área tem permitido um olhar positivo sobre as emoções e a sua vivência no quotidiano (85). Bechara, Damásio & Damásio analisaram a relação entre as emoções e diferentes partes do cérebro (86).

Goleman estudou mais profundamente a inteligência emocional salientando algumas capacidades: automotivação e persistência diante das frustrações; controlar impulsos e adiar a recompensa; controlar o seu estado de espírito, não permitindo que o desânimo se sobreponha à capacidade de pensar; sentir empatia; ter esperança. Este

autor faz a correlação entre o QI e a inteligência emocional, e concluiu que um alto QI não confere uma inteligência emocional elevada e uma aptidão para gerir emoções, salienta ainda o quanto a inteligência emocional pode ser desenvolvida no percurso pessoal de crescimento de cada pessoa. (87).

Como basilar para a inteligência emocional Goleman aponta para a consciência de nós mesmos e das nossas próprias emoções, o tomar consciência de uma emoção no preciso momento em que ela nos invade. O não reconhecimento e identificação das mesmas coloca-nos como que ‘presos’ das emoções, enquanto o reconhecimento de uma emoção deixa-nos mais livres e capazes de a gerir de forma proporcionada (87).

Uma inteligência baseada num factor único ou num conjunto de múltiplas inteligências este permanece um dos grandes debates no campo da inteligência (28).

Lançado o debate na comunidade científica sobre as múltiplas inteligências e especificamente sobre a inteligência espiritual, vários autores se dedicam ao estudo dessas temáticas em diferentes partes do mundo. Será sem dúvida importante enfatizar que Gardner não definiu uma inteligência espiritual o que manifesta não assumir dentro da sua teoria essa mesma classificação (81). No entanto, não retira importância ao estudo de Emmons (88) que nos ajuda a perceber o porquê de considerar a espiritualidade uma inteligência, atendendo também aos aspectos que Gardner refere como válidos para definir inteligência (80).

Kwilecki confirma a utilidade da teoria de Emmons sobre inteligência espiritual para a análise da religião dos indivíduos. Esta autora conclui que a relação religião e inteligência espiritual não é linear, embora haja pontos de convergência entre estes dois conceitos (89).

Ao olhar a espiritualidade como uma forma de inteligência, Emmons aponta-nos quais entende serem as suas componentes: capacidade de transcendência; capacidade de entrar em estados elevados de consciência espiritual, que se pode chamar experiência mística; capacidade para investir em atividades diárias, eventos, relacionamentos com um senso do sagrado; capacidade para utilizar recursos espirituais para resolver problemas da vida; capacidade de ser virtuoso tendo atitudes de perdão, agradecimento, humildade, compaixão. O autor salienta que estas atitudes podem ser ensinadas e cultiva-

das. Claramente que Emmons não pretende de todo reduzir a espiritualidade a uma inteligência porque lhe compreende/descobre um factor significativo e que não pode ser omitido que é a fé, que é algo inexplicável (88).

Vários autores, na área da saúde têm estudado e explorado questões relacionadas com a espiritualidade e a saúde, embora muitos desses se tenham debruçado sobre questões ligadas à religião. Atualmente esta tendência está a ser de alguma forma esbatida e surgem já estudos relacionados com a espiritualidade em muitas partes do mundo e que distinguem claramente estes dois conceitos e realidades distintos ainda que em alguns momentos estes se possam cruzar.

Para Emmons a espiritualidade não é apenas alguma coisa, mas ela faz alguma coisa. O autor destaca que o mundo seria um lugar melhor se as pessoas fossem mais inteligentes espiritualmente (88). Esta afirmação despertou em nós o desejo de conhecer melhor o conceito para o poder aprofundar e assim enriquecer a profissão de Enfermagem no que se refere aos cuidados espirituais e à sua consecução. Todo o Homem anseia viver num lugar melhor, onde as pessoas vivem com mais sentido.

Embora as evidências neurológicas sejam importantes na construção de uma nova inteligência, a rejeição de uma inteligência (ou qualquer construção psicológica) com base exclusiva neste critério é prematura e poderá causar a perda de conceitos valiosos. Além disso, a proposta de uma nova construção psicológica, requer uma investigação aprofundada, inclusivamente de fatores biológicos e neurológicos (16).

A literatura atual sustenta a existência de um potencial biológico e de componentes neurológicos da inteligência espiritual (83).

Ramachandran & Blakeslee, fizeram a sua pesquisa sobre indivíduos com epilepsia e perceberam que a maioria dos pacientes descrevem as suas crises epiléticas de forma quase idêntica a experiências religiosas ou espirituais, ou seja, falam de uma luz divina, de um êxtase, de estar em união com o divino criador, tornando-se muitos destes doentes obsecados pela espiritualidade religiosa. As experiências espirituais dos epiléticos foram associadas a um aumento da atividade eléctrica em neurónios do lobo temporal (90).

Ramachandran e outros investigadores prosseguiram as suas pesquisas examinando a atividade neurológica de indivíduos saudáveis e descobriram que as experiências espirituais estavam relacionadas com a atividade do lobo temporal tal como nos iléticos (83).

Newberg & Iversen observaram o envolvimento de neurotransmissores, de hormonas, e do sistema nervoso autónomo durante a meditação, e concluíram que ocorre um padrão de ativação neurológica durante elevados estados de consciência como o obtido através da meditação (91).

Persinger em 1983 já tinha confirmado esta relação entre a estimulação do lobo temporal e experiências espirituais e místicas, levando-o a teorizar que todas as experiências religiosas e espirituais resultam da estimulação natural e espontânea desta região cerebral (83).

Newberg recorreu a imagens cerebrais demonstrando a existência de um aumento do fluxo sanguíneo cerebral em determinadas regiões do cérebro durante a meditação. A partir de uma amostra de budistas tibetanos, durante a meditação verificaram-se elevados níveis de concentração e um aumento de atividade cortical em diferentes regiões cerebrais (83).

Newberg & Lee analisaram estudos que nos permitem ter conhecimentos neuropsicológicos dos fenómenos religiosos, sem esquecer as questões epistemológicas e teológicas que envolvem esta temática. A sua análise permitiu avaliar se os elementos religiosos e científicos são devidamente respeitados nesses estudos, com a plena noção de quanto mais científicos e credíveis forem os estudos, melhor serão aceites pela comunidade científica em geral. (92)

Partindo deste e de outros estudos Zohar & Marshall formularam uma teoria que aponta para a existência de um lugar de Deus no cérebro ('God spot') (16). No entanto, não há dados suficientes que apoiem esta teoria, nem se deve excluir o envolvimento de outras regiões cerebrais nas experiências espirituais (83).

Previc no seu estudo sobre o papel das atividades cerebrais em experiências religiosas, concluiu que não há nenhuma evidência, de existirem regiões específicas do

cérebro ou mecanismos unicamente dedicados a experiência religiosa. Este autor propõe que se realizem mais estudos para perceber a religião no cérebro (93).

Blume vem no entanto refutar estas e outras descobertas a nível de localizar no cérebro um só espaço para Deus e salientar os diferentes estudos que nos permitem encontrar várias zonas cerebrais onde decorrem fenómenos aquando de estados mais elevados ou transcendentais. O autor incluiu também no seu estudo a reflexão sobre a experiência religiosa e alguns dos seus investigadores e o quanto essas experiências deitaram por terra as teorias que defendiam que a experiência religiosa era unicamente uma criação exclusivamente no nosso cérebro. Este autor salienta ainda a importância e pertinência de as várias ciências se unirem para estudar esta realidade tão ampla e abrangente (94).

A relação entre as experiências espirituais e as regiões cerebrais sugere que a inteligência espiritual desempenha um papel adaptativo na evolução da espécie humana. A inteligência espiritual é considerada uma capacidade em evolução cujo potencial começa agora a ser tido em consideração e vários estudos se desenvolvem a partir do pressuposto da existência desta inteligência (83).

Parece-nos oportuna uma breve reflexão no que se refere à religião e inteligência espiritual, pelas certezas com que muitas vezes são abordadas estas duas temáticas parecendo quase indiscutível a existência de relação entre elas.

Zohar & Marshall mencionam que “uma pessoa com uma inteligência espiritual elevada, poderá ter qualidades muito espirituais sem ser de forma alguma religiosa” (16 p. 26). Os autores salientam que a inteligência espiritual não implica directamente e conseqüentemente uma relação com a religião e que mesmo sem uma prática religiosa poderá existir um elevado grau de inteligência espiritual. No entanto, a vivência de uma qualquer religião por alguém que tenha uma elevada inteligência espiritual é uma vivência livre, aberta e flexível, tendo em conta mais o ser do que o parecer (16).

Na sua obra Zohar & Marshall não explicam a vivência religiosa mas no que concerne à vivência espiritual afirmam que: “viver o ‘espiritual’ significa estar em contacto com um todo maior, mais profundo, mais rico que coloca a nossa presente situação limitada numa nova perspectiva” (16 p. 31). No fundo, apontam que a vivência espiritual

ajuda a dar sentido àquilo que somos e vivemos, a responder às grandes questões existenciais que habitam o mais profundo do nosso ser.

No que respeita à experiência religiosa Fingelkurts & Fingelkurts apresentam-na como a experiência definitiva da realidade divina ou verdade divina, uma transcendência de acontecimentos intemporais, universais, e de natureza divina em qualquer combinação, com um sentimento memorável de realidade, emoções e pensamentos num contexto religioso. Os autores usaram o termo experiência ‘religiosa’ em vez de mística ou espiritual porque vêem o termo ‘religiosa’ com um conceito mais restrito e com uma dimensão cultural. Salientam que a experiência religiosa tem uma longa história, não é um fenómeno temporário nem transitório da história humana, é um fenómeno mundial. Pessoas de diferentes religiões e culturas descrevem o fenómeno religioso, como sentimento intemporal, amor divino, ou estar em sintonia com o universo (95). Estes autores defendem que o cérebro está programado para acreditar e produzir Deus; para eles o cérebro está estruturado de forma a dar experiências que nos façam acreditar que Deus existe, mas esta crença pode ser unicamente o resultado da atividade cerebral interna e da interpretação que dela fazemos. Para levar mais a fundo este pensamento, os autores fizeram uma revisão sistemática, que os levou a concluir que o córtex pré-frontal e o córtex temporal estão geralmente ativos durante a experiência religiosa e o córtex parietal inativo. Contudo, não encontraram evidência de regiões cerebrais específicas, bem como mecanismos que sejam responsáveis exclusivamente pela experiência religiosa; todo o cérebro parece estar envolvido nesta. A única conclusão que reuniram dos estudos neurocientíficos, é que a experiência religiosa é refletida na atividade cerebral e que o cérebro, de alguma forma, faz a mediação de alguns aspectos da experiência religiosa. Segundo esta perspetiva do cérebro estar programado para perceber Deus, e de como o cérebro está concebido para nos fazer perceber a realidade, isto aponta para a probabilidade da existência de Deus. Com a evolução do ser humano, o cérebro tornou-se capaz de refletir sobre si próprio, bem como experienciar algo mais forte que ele próprio. Isto tornou-se possível graças à consciência da mente, que não é o mesmo que dizer processos cerebrais, e que não exerce influência negativa sobre a plasticidade do cérebro e dos

seus vários níveis de funcionamento. Os argumentos, não aprovam nem desmentem a teoria de que o cérebro humano está programado para acreditar e produzir Deus (95).

Também Kapogiannis, Barbey, Su, Krueger & Grafman, realizaram um estudo no qual levantaram a hipótese de a religiosidade ser distinta consoante as diferenças anatómicas das diferentes regiões do córtex cerebral, para isso recorreram a ressonâncias magnéticas que, inicialmente, numa primeira pesquisa mostraram ter padrões diferentes de religiosidade e chegaram à conclusão de que os principais aspetos da religiosidade estão associados a diferenças de volume cortical, não se podendo generalizar estas conclusões, este é um dos muitos estudos que se estão a desenvolver neste âmbito (96).

Ainda Owen, Hayward, Koenig, Steffens & Payne estudaram as relações entre potenciais fatores religiosos e a mudança de volume do hipocampo, usando dados em alta resolução, de ressonâncias magnéticas realizadas a pessoas idosas. Os fatores religiosos avaliados incluíram mudança de vida religiosa, experiências, práticas espirituais e pertença a grupo religioso. Os resultados deste estudo indicaram que a atrofia do hipocampo no fim da vida pode ser influenciada unicamente por certos tipos de fatores religiosos (97). Apesar destas conclusões e porque a sua investigação foi só realizada nos EUA e a não abrangência de outras questões da idade avançada, cultura, etc, leva a que, embora importante e significativa não se generalizem estes resultados sem um maior aprofundamento e investigação.

Luders, Toga, Lepore & Gaser deram-se conta de que existiam poucos estudos a relacionar as vantagens da meditação e a anatomia cerebral, embora encontrassem estudos que relacionavam a meditação e bem-estar. Usaram a ressonância magnética em pessoas que fazem meditação há muito tempo e detetaram que esses possuíam um maior volume de substância cinzenta em diferentes partes do cérebro, e perceberam a relação desse maior volume com uma maior estabilidade emocional; um comportamento mais consciente e um olhar mais positivo sobre a realidade. Estes autores não excluem a necessidade de uma maior investigação nesta área para ter resultados mais significativos (98).

Após esta explanação sobre temáticas pertinentes para o estudo que estamos a desenvolver regressamos ao conceito de inteligência espiritual, ao qual sem dúvida,

Green & Noble deram um maior suporte e ajudaram a expandir o modelo aprofundado por Emmons e por inerência o conceito de inteligência espiritual. Especialmente significativa é a constatação da importância da existência de um elevado nível de inteligência espiritual para a saúde psicológica de cada indivíduo (99).

Também Vaughan apoiando Noble & Selman reitera que a inteligência espiritual é uma capacidade para o profundo entendimento das questões existenciais: Quem sou? De onde venho? Para onde vou? Enfatiza ainda a relação que existe entre a inteligência espiritual e a adaptação a episódios stressantes (100).

Zohar & Marshall defendem que “é necessária a inteligência espiritual para compreendermos quem somos e o que as coisas significam para nós, e como é que elas dão aos outros e ao que eles representam, um lugar no nosso mundo” (16 p. 26).

Wolman define a inteligência espiritual como a capacidade humana para responder às questões acerca do sentido da vida e que permite também uma relação perfeita entre o nosso eu e o mundo que nos rodeia (101).

King, Wolman, Noble & Vaughan concordam entre si de que a inteligência espiritual existe como potencial e habilidade humana inata que pode ser desenvolvida com treino e experiência (28).

Price no seu estudo em que relaciona a inteligência espiritual como uma das inteligências que motiva o trabalho, afirma que a inteligência espiritual em contraste com a inteligência prática, concentra-se nos valores de cada pessoa e está assim vinculada ao que motiva à ação (102).

Um elevado nível de desenvolvimento de inteligência espiritual inclui: a capacidade de ser flexível; um alto grau de autoconhecimento/autoconsciência; capacidade para enfrentar o sofrimento; capacidade para enfrentar e transcender a dor; a qualidade de ser inspirado por um horizonte de valores; a relutância para causar um mal desnecessário; uma tendência para ver a conexão entre diferentes realidades (visão holística). Como que nos apresenta a inteligência espiritual marcada pela tendência para perguntar: ‘Porquê?’ ou ‘Mas se...’, questões que levam a procurar respostas fundamentais e a possuir uma maior facilidade em trabalhar fora do que é convencional, ‘contra a corrente’ (16).

Zohar & Marshall referem que “A nossa inteligência espiritual nunca está ausente, mas a nossa visão da mesma, e, portanto, a nossa capacidade para a usar, pode estar bloqueada. O que pode bloquear-nos é o acto de olhar para ela como se fosse um objeto exterior alheio a nós” (16 pp. 212-213). É em nós, dentro de nós que podemos encontrar a inteligência espiritual.

Entre outros autores Nasel introduziu ao estudo dos autores anteriormente referidos os valores cristãos tradicionais e uma espiritualidade ‘New Age’; o seu estudo apresenta um horizonte mais limitado no que se refere à inteligência espiritual (103).

Amram’s fez uma ‘Grounded Theory’ sobre inteligência espiritual; realizou 71 entrevistas individuais a líderes espirituais com diferentes tradições, enriquecendo significativamente este tema, sendo este um trabalho ecuménico (104).

Também Hosseini, Elias, Krauss & Aishah reiteram que a espiritualidade pode ser vista como uma forma de inteligência, porque esta prevê o funcionamento e adaptação, oferecendo recursos que possibilitam às pessoas resolverem problemas e atingir metas. Reiteram ainda que a inteligência emocional permite-nos julgar em que situação estamos envolvidos, comportarmo-nos adequadamente na mesma e que a inteligência espiritual possibilita perguntar se quero estar nessa situação. A inteligência espiritual confere capacidade a cada pessoa na busca de objetivos e significados para a vida, motivando-a a atingir esses mesmos objetivos. Ela oferece horizontes mais amplos ao olhar da pessoa, sobretudo ao que a rodeia e acontece (105) .

Quando nos referimos à inteligência espiritual, neste estudo não nos circunscrevemos a um contexto de orientação religiosa mas a um espectro mais amplo e pleno da espiritualidade, como afirmam diversos autores (106). Assim também este estudo de alguma forma tenta distinguir bem a amplitude destas duas realidades.

Temos de contar com cada enfermeiro, com o seu ‘eu’ e individualidade para uma prestação de cuidados personalizada o que implica abertura pessoal, como referem Zohar & Marshall: “Para se conseguir ser **espiritualmente inteligente** no caminho dos cuidados, devemos ser mais abertos para com a pessoa ou pessoas com quem temos uma relação positiva, aprender a ser receptivos e a ouvir com o nosso Eu verdadeiro,

estarmos dispostos a abrir-nos, a ficar expostos, a correr o risco de não ocultar nada aos outros. Em suma, devemos ser espontâneos” (16).

Na abordagem da inteligência espiritual existem provas científicas com estudos neurológicos, psicológicos e antropológicos da inteligência humana (16). A ideia de uma inteligência ligada ao transcendente, inicialmente no mundo acadêmico, recebeu alguma oposição, porque se considerava difícil cumprir os critérios científicos. No entanto, recentes estudos em diferentes áreas revelam-nos uma presença de um objeto sério de estudo e vários investigadores estão a aprofundar este tema. Estando a inteligência espiritual ligada à necessidade de encontrar valor e sentido para a vida, ela é exclusivamente humana.

São muitos os autores que apontam para a importância da inteligência espiritual e da sua real conceptualização no contexto científico, como já referimos anteriormente.

Partimos para este estudo com o pressuposto de que a inteligência espiritual é uma capacidade de toda a pessoa que têm em si um nível de desenvolvimento da mesma.

Para ser inteligente espiritualmente há diversos caminhos e nenhum é melhor do que o outro, como não há uma só maneira de ser espiritualmente inteligente (46).

Vários autores apontam o desenvolvimento espiritual como importante para a pessoa. Destes, salientamos Fowler que classifica os estádios da fé e a influência destes no desenvolvimento humano (107). Kelsourse desenvolve esta mesma temática da relação do desenvolvimento humano e da fé (108).

Draper fala-nos de pessoas espiritualmente maduras. Se nos fala em amadurecimento, é porque decerto há etapas que nos levam a esse patamar, que nos impulsiona a amadurecer e a desenvolver o nosso ser espiritual. Este autor aponta que as pessoas espiritualmente maduras são flexíveis, com um profundo sentido e vivência de uma liberdade plena. É indubitável que não é fácil o processo de amadurecimento espiritual, no entanto, este está ao alcance de cada um, pois depende da nossa forma de nos posicionarmos diante da vida (72).

Este desenvolvimento é aquele que nos leva ao transcendente como referem Zohar & Marshall: “usar a nossa inteligência espiritual significa expandir a imaginação

humana. Significa transformar a nossa consciência. Significa descobrir camadas mais profundas de nós mesmos do que estamos habituados a viver. É preciso encontrarmos algo onde enquadrar o Eu com sentido para o transcendermos” (16 p. 49).

Howard, Precious & White desenvolvem um estudo em que atentam para a importância da inteligência espiritual na liderança e a dissociam claramente de uma tradição ou orientação religiosa (106).

Emmons refere que a inteligência espiritual não deve ser ignorada. A inteligência espiritual é algo que tem que se treinar, como se treinam muitas outras habilidades em outros tipos de inteligência; todo esse treino permite uma utilização mais eficaz da inteligência espiritual (88).

Uma das críticas, feita por King ao modelo de Emmons é a confusão que o autor faz entre inteligência espiritual, espiritualidade e religiosidade (28). Outra crítica apontada por Mayer é a inclusão de comportamentos e não unicamente capacidades, não cumprindo os critérios de definição de inteligência, afirmando que muitas destas qualidades resultam simplesmente da experiência da vida diária ou da personalidade e não de um potencial intelectual. Em suma, este autor afirma que este modelo é baseado em religião e não em inteligência espiritual (109).

Green & Noble acrescentam que a inteligência espiritual inclui uma abertura a experiências diversas e invulgares denominadas espirituais, bem como uma tentativa contínua de compreender o significado destas experiências nos vários momentos da vida diária (99). Esta ideia é reforçada por Vaughan, para quem experiências fenomenológicas de natureza espiritual podem contribuir para o desenvolvimento da inteligência espiritual. Segundo a autora todas as pessoas têm potencial para desenvolverem inteligência espiritual mediante treino e aquisição de experiência (100).

Cada pessoa é portadora de um potencial que nos leva para além de nós próprios, que nos transcende (16).

Zohar & Marshall referem como inteligência espiritual “ a inteligência com que lidamos e resolvemos problemas de sentido e valor, a inteligência com que podemos colocar as nossas acções e as nossas vidas num contexto gerador de um sentido mais vasto e mais rico, a inteligência com que podemos inferir que uma determinada rota de

ação ou um caminho de vida tem mais sentido que qualquer outro”. Salientam ainda que “a inteligência espiritual – a nossa inteligência que dá sentido, contextualiza e transforma” (16 p. 16).

O crescimento da inteligência espiritual implica que se conheçam as motivações que nos levam a agir. Agir pelas motivações mais profundas e verdadeiras, desde o centro da própria pessoa, é a implicação de uma autoconsciência e de uma purificação das motivações. O que nos leva à ação e o seu porquê permite este crescimento espiritual. É importante também o querer compreender-se a si mesmo e ter uma vida mais criativa para favorecer o aumento da inteligência espiritual (16). Olhar neste prisma a inteligência espiritual é assentar na singularidade e unicidade de cada pessoa e na sua busca de sentido para a vida.

A inteligência espiritual é para todos, sem exceções, porque é uma parte integrante da nossa inteligência total, do conjunto do nosso ser. Por tudo o que foi já explicado, podemos depreender que a inteligência espiritual não se limita a uma religião ou a alguma ideologia, mas vai muito para além, implicando todo o ser de cada pessoa. Permite-nos saber quem realmente somos e a encontrar sentido para a nossa vida; tudo isto dentro de nós mesmos (72).

A inteligência espiritual é útil na resolução de problemas de natureza existencial, bem como da facilitação do processo de tomada de decisão e reconhecimento de escolhas mais significativas, sugerindo uma possível forma de adaptação. A inteligência espiritual relaciona-se com o raciocínio moral sugerindo que ela nos permite reconhecer os nossos limites, dotando-nos de um sentido moral e de compreensão da distinção entre o bem e o mal (16).

Kraus, Rodrigues & Dixe, referindo-se a Frankl e à sua experiência de vida, salientam argumentos fundamentais para a construção do próprio sentido da vida: a pessoa é livre e responsável, só ela pode determinar o sentido da sua própria vida (110).

O desejo ou a busca de sentido é a procura de cada pessoa, como nos apresentam Zohar & Marshall: “Uma maneira de ser espiritualmente inteligente em relação às motivações pessoais é procurar a realidade que se esconde por detrás de qualquer desejo superficial.” (16 pp. 307-308).

Draper, aponta-nos que ser espiritualmente inteligente nos leva a ver a vida com olhos novos, pois vê-se a partir do nosso ser e isso facilita que olhemos todos os acontecimentos com um olhar diferente (72). No fundo, este autor, motiva a que tudo na nossa vida tenha sentido ainda que por vezes não o percebamos no imediato.

É sem dúvida, neste contexto de busca de sentido da própria existência, que centramos este nosso estudo no que concerne à inteligência espiritual.

A inteligência espiritual vem dar sentido a tudo o que sucede em cada instante, que com ela ganha mais sentido e profundidade. Ao fazer-se a relação entre os cuidados prestados e a inteligência espiritual, percebe-se que cada pessoa deve estar aberta aos outros com quem tem relações positivas, aprendendo a ser receptivos e a ouvir o nosso Eu, estando disponíveis e abertos expondo-nos, correndo o risco de não escondermos nada aos outros e a sermos espontâneos, uma espontaneidade em muitas vezes comparada à das crianças. A inteligência espiritual implica assim uma certa ‘pureza’ ou ‘candura’ que traz ao de cima o mais genuíno de cada pessoa. Todo o homem é portador de inteligência espiritual ainda que não seja consciente disso mesmo (16).

Neste estudo utilizamos a definição de inteligência espiritual, desenvolvida por King, do qual posteriormente apresentaremos o estudo por ele realizado. Este autor apresenta a sua definição da seguinte forma: inteligência espiritual é um conjunto de capacidades mentais que contribuem para a consciencialização, integração e aplicação dos aspetos imateriais e transcendentais da existência (28).

Esta é a definição que nos ajudará a cimentar os conhecimentos sobre esta temática e a buscar sentido para a prática do processo de Enfermagem. Não podemos ocultar que muita da prestação de cuidados de Enfermagem passa por um momento crítico na vida da pessoa que é ‘alvo’ dos cuidados, pela sua fragilidade/enfermidade/debilidade; nessas situações surgem dentro de cada pessoa inúmeras questões e inúmeras formas de encarar a sua doença que a leva, em muitas circunstâncias, a uma perceção real do sentido da vida ou a uma perda total de sentido. Temos o exemplo de muitos homens e mulheres que em situações difíceis encontraram o melhor de si. Relembramos Frankl que quando esteve no campo de concentração buscou sentido para o sofrimento e só esse sentido lhe permitiu sobreviver a tão atrozes sofrimentos (111).

Ao falar da espiritualidade no cuidar, esta não se cinge a uma ação unidirecional mas a uma relação que ‘toca’ todos os intervenientes, as pessoas que cuidam e aquelas que são cuidadas (112).

Vários estudos se têm desenvolvido sobre a espiritualidade e a qualidade de vida, estabelecendo relação entre estes dois conceitos (113) (114).

Müller salienta que a espiritualidade traz ao ‘ser’ o seu próprio sentido na relação consigo próprio e com os outros (115). A espiritualidade é algo inerente a cada indivíduo, conseqüentemente a cada enfermeiro. De alguma forma, a vivência da sua própria espiritualidade pode determinar o modo de acolher e atender à espiritualidade do outro (112).

Para Saad, Masiero & Battistella a espiritualidade dá sentido à vida, estes autores equiparam-na a um sentimento (116).

Vaughan, Green & Noble referem que as experiências espirituais, provavelmente contribuem para o desenvolvimento contínuo da inteligência espiritual. (100) (99).

King, aponta que elevadas capacidades espirituais dão lugar a novas experiências espirituais, criando um sistema de feedback entre as capacidades espirituais e as experiências. Os comportamentos espirituais são o resultado de um elevado índice de inteligência espiritual. Enquanto as crenças espirituais, os valores, e as atitudes podem surgir de experiências espirituais ou da inteligência espiritual ou ainda da combinação de ambas (28).

Zohar & Marshall, referem que “o desenvolvimento de uma maior consciência de si mesmo é uma importante prioridade se se quiser elevar a inteligência espiritual” (16 p. 309).

A inteligência espiritual resulta numa profunda reflexão existencial, valorização dos significados, reconhecimento do próprio transcendente, e domínio de estados espirituais. O autor propõe quatro componentes fundamentais à compreensão da inteligência espiritual: pensamento crítico sobre a existência; produção de sentido pessoal; conhecimento transcendente e estado consciente de expansão (28). É segundo este autor e os componentes por ele definidos de inteligência espiritual que nos baseamos para o nosso estudo.

O primeiro componente da inteligência espiritual, ‘Pensamento crítico sobre a existência’, define-se como a capacidade de contemplar de forma crítica a natureza da existência, da realidade, do universo, do espaço, do tempo, da morte, e outros problemas existenciais ou metafísicos. A razão da denominação, pensamento crítico, é para sublinhar a necessidade do pensamento envolver a contemplação profunda e a análise dos problemas, e, em alguns casos, chegar a conclusões originais ou filosofias pessoais sobre a existência e a realidade, integrando conhecimentos científicos e experiências pessoais. (28)

O segundo componente da inteligência espiritual, descrito por King, ‘Produção de sentido pessoal’, pode ser definido como a capacidade de construir significados pessoais e objetivos em todas as experiências físicas e mentais incluindo a capacidade para criar e dominar um propósito de vida. (28)

O terceiro componente de inteligência espiritual o ‘Conhecimento transcendente’, que se define como a capacidade de identificar dimensões transcendentais do próprio, dos outros e do mundo físico e a relação que ocorre entre eles, durante o normal estado vígil de consciência (28).

A transcendência é um termo usado quando alguns autores apresentam as suas definições de espiritualidade e/ou inteligência espiritual, como Emmons (88), Nasel (103) entre outros.

Para Zohar & Marshall transcendência é o que nos leva mais além de nós próprios, o transcendente coloca-nos no horizonte do infinito (16).

Segundo Mayer há uma certa sobreposição entre produção de significado pessoal e conhecimento transcendente. A produção de sentido pessoal é em larga medida, um aspeto transcendente da vida humana e apesar de se basear na consciência de aspetos não materiais da vida é muito mais do que percepção ou consciência. Baseia-se em primeiro lugar na aptidão para construir significado e estabelecer objetivos das experiências e acontecimentos da vida diária, diferenciando-se do conhecimento transcendente. (109)

O quarto componente da inteligência espiritual apresentado por King, o ‘Estado consciente de expansão’, definido como a capacidade para entrar e sair de elevados es-

tados de consciência: consciência pura, consciência cósmica, harmonia, entre outros. Segundo o critério do autor destaca-se a contemplação profunda, a meditação, a oração, etc. (28).

Sem dúvida que a inteligência espiritual se relaciona com o ser consciente, como salientam Zohar & Marshall "...os seres humanos são conscientes. Temos consciência da nossa experiência, e consciência de que temos consciência" (16). O aumento dessa consciência leva a um aumento de inteligência espiritual.

Poderemos agora situar o conceito de consciência, utilizando o pensamento de Caldas:

"O que é então consciência?... Podemos, então, entender este conceito como um contínuo das manifestações biológicas do corpo que vai do mais elementar processo de absorção de proteínas na parede do estômago até à reflexão introspectiva que nos permite o diálogo interior. Não devemos separar o topo deste contínuo, dando-lhe autonomia, visto que os diversos níveis de processamento se integram verticalmente o que é declarativo. Na verdade, é habitual designar-se por "conscientes" os fenómenos que se registam no topo deste contínuo; optámos, porém, por estabelecer uma escala, dizendo haver fenómenos mais conscientes e fenómenos menos conscientes e admitindo que existem variáveis que permitem modificar a situação mais comum.... A consciência sendo um fenómeno universal do Homem, é o resultado da intercepção de múltiplas variáveis..." (117 p. 268).

Como se subentende, a consciência não é senão um contínuo de descoberta/encontro connosco próprios, com o que somos e vivemos. A consciência permite-nos assim, 'aceder' à nossa própria espiritualidade. Quanto mais somos conscientes de termos em nós uma dimensão espiritual, mais esta se enraíza em nós.

Existem, na literatura, diversos estudos que corroboram o papel adaptativo da espiritualidade e por consequência da inteligência espiritual.

Guimarães & Avezum defendem que "a influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível factor de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças" (118 p. 93).

Pessini salienta a importância que têm os estudos relacionados com a espiritualidade e saúde (119). Se o autor o via assim em 2007 constatamos que este tema não perdeu ainda atualidade.

Em suma, a literatura comprova o desenvolvimento da inteligência espiritual ao longo da vida. Na infância surgem as primeiras experiências espirituais, algumas, resultados do desenvolvimento das capacidades: expansão do estado consciente, consciência transcendental e pensamento existencial prematuro. Durante a adolescência e início da vida adulta, dá-se a expansão de todas as capacidades espirituais, devido à formação de identidade e do raciocínio abstrato. O desenvolvimento prossegue pela vida adulta com o aprofundamento das capacidades, contribuindo para a consciência transpessoal ou transcendental levando à autoatualização. No final da vida, muitos indivíduos demonstram estas capacidades no seu máximo (28).

Fowler no seu estudo sobre os estadios da fé, salienta a possibilidade de evolução durante o desenvolvimento de cada individuo (107).

Não há uma só forma de ser inteligente a nível espiritual nem um melhor caminho para a adquirir, o 'querer', é sem dúvida importante para que possa existir uma maior inteligência espiritual (16).

Hosseini, Elias, Krauss & Aishahna, na revisão de literatura que fazem sobre a temática da inteligência espiritual, concluem que a mesma pode desenvolver-se com treino (105).

Zohar & Marshall, salientam que pessoas com uma inteligência espiritual elevada são pessoas capazes de inspirar outras (16).

A inteligência espiritual surge em vários estudos associados à Enfermagem. Yang & Wu, realizaram um estudo comparativo entre duas populações de enfermeiros de Taiwan e da China, compararam os *scores* de inteligência espiritual dos dois grupos. Das conclusões do seu estudo fazemos emergir aqui que: explorar a inteligência espiritual do enfermeiro é um ponto de partida para prestação de cuidados de espirituais de Enfermagem (120).

Num recente estudo, de Pedrão & Beresin, que aborda a posição do enfermeiro frente à questão da espiritualidade, pretendeu-se avaliar o bem-estar espiritual dos en-

fermeiros, a sua opinião sobre a importância de prestar assistência espiritual aos doentes, e se os enfermeiros obtiveram ou não, na sua formação profissional, alguma preparação para uma assistência espiritual ao paciente. No seu estudo descritivo e exploratório realizado com uma amostra de 30 enfermeiros foi aplicada a escala de bem-estar espiritual (EBE) e um questionário elaborado pelos autores. Concluíram que uma maioria dos enfermeiros apresentava pontuações positivas na escala EBE; a grande maioria considerou importante oferecer assistência espiritual aos pacientes e que muitos não receberam formação profissional para prestar assistência espiritual. (45)

Tendo já referido anteriormente alguns trabalhos de investigação em Portugal nesta área, realçamos agora no âmbito internacional alguns estudos: o estudo de Yang em que definiu o perfil da inteligência espiritual dos enfermeiros; examinou a relação entre as diferenças demográficas dos enfermeiros e a inteligência espiritual e explorou a inteligência espiritual e fatores relacionados entre enfermeiros em Taiwan. Neste sentido, para avaliar a inteligência espiritual foi utilizado o Psycho-Matrix Spirituality Inventory (PSI) em hospitais regionais e distritais e a avaliação de variáveis demográficas dos enfermeiros. Este estudo descobriu que as enfermeiras com filiação religiosa têm uma significativa influência sobre a inteligência espiritual aumentando os seus níveis; concluiu ainda que a crença religiosa contribui para a promoção da inteligência espiritual no indivíduo (121). O estudo de Yang & Mao (122) que partem do princípio de que o bem-estar espiritual dos enfermeiros apresenta uma atitude positiva diante do cuidado espiritual e na assistência de doentes com necessidades espirituais. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil da inteligência espiritual e examinar os efeitos da religião na inteligência espiritual dos enfermeiros na China. Concluíram que a exploração do perfil de inteligência espiritual do enfermeiro é um ponto de partida na tarefa da prestação de cuidados espirituais, especialmente para aqueles cujas questões espirituais são desconhecidas (122).

Como em muitas outras discussões científicas, surge também a questão de como medir a Inteligência Espiritual. No presente estudo baseamo-nos na investigação de David King (28); no momento da explicação da metodologia, que posteriormente apresen-

taremos, iremos aprofundar o instrumento construído por este autor que validámos para a Língua Portuguesa.

Em suma, a inteligência espiritual é um aspecto ainda em descoberta no campo científico e que pode ser uma mais-valia para os enfermeiros na prestação de cuidados espirituais. Cada um de nós como ser único e portador de uma complexidade imensa de potencial, só beneficia e poderá dar a ganhar aos que nos rodeiam, se desenvolvermos ao máximo a nossa própria inteligência espiritual.

1.3. VISÃO GERAL DA TESE

As razões que determinaram a realização da pesquisa para esta Tese são de ordem intelectual, social e prática. O tema escolhido para este estudo foi definido tanto pela sua relevância teórica quanto pela contribuição prática e social do tema abordado; pelo atender às necessidades específicas dos cuidados espirituais; e por ter uma referência em termos sociais e de desenvolvimento a nível nacional.

A realidade que justifica a pesquisa está no conjunto de problemas relacionados com os cuidados espirituais, destacando-se sobretudo a sua dimensão social e humanas, cada vez mais ligados ao cuidados e à intervenção da Enfermagem, tanto na perspectiva da execução dos mesmos por parte dos enfermeiros, tanto na perspectiva dos próprios enfermeiros como ‘portadores’ em si mesmos de uma dimensão espiritual.

Por tudo o pesquisado verifica-se em Portugal que embora existam estudos relacionados com os cuidados espirituais existe um défice no que se refere aos enfermeiros como prestadores desses cuidados, no âmbito mundial existem estudos que refletem esta temática. E aqui se surgem dúvidas: o enfermeiro em Portugal presta cuidados espirituais? É competente para os prestar? Que características evidencia? Que formação fez para esta ação? Não podendo abranger toda a panóplia de inquietações que poderíamos investigar apresentaremos em seguida as questões que orientaram a nossa investigação.

A pesquisa realizada apresenta uma atualidade e pertinência confirmada pelos estudos que apresentando as necessidades espirituais dos doentes nos levam a concluir que os mesmos esperam de nós essa intervenção de Enfermagem.

Em termos metodológicos tentou-se que este estudo nos pudesse ajudar a conhecer a realidade dos enfermeiros portugueses no que se refere à sua competência para a prestação de cuidados espirituais.

Segue-se o capítulo que apresenta as questões, hipóteses e variáveis de investigação, este é um capítulo sucinto. Posteriormente apresentamos os materiais e métodos utilizados descrevendo-os de uma forma concisa. Passámos à apresentação dos resultados e discussão em que demos um particular ênfase à Escala de Competências para o Cuidado Espiritual, por este ser um tema central neste estudo. Por último apresentámos as conclusões do estudo e a sua pertinência para a prática da Enfermagem.

2. QUESTÕES, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo desta investigação foi aprofundar o tema da competência para o cuidado espiritual em Enfermagem, dentro deste grande objetivo definimos questões e hipóteses que serviram de fio condutor da investigação. Para desempenhar corretamente a sua função elas devem ser precisas, concisas e unívocas, realistas e ter uma intenção compreensiva ou explicativa.

Algumas questões de investigação se levantam: será que o nível de inteligência espiritual tem influência na competência do enfermeiro para o cuidado espiritual? As características individuais do sujeito (enfermeiro) influenciam a própria inteligência espiritual e a competência para o cuidado espiritual? O contexto onde é exercida a profissão altera o nível de inteligência espiritual e a competência para o cuidado espiritual?

Para estas questões partimos das seguintes hipóteses de resposta:

- um maior índice de inteligência espiritual resulta numa maior competência para o cuidado espiritual;
- um maior tempo de exercício profissional, aumenta o índice de inteligência espiritual e a competência para o cuidado espiritual;
- com o aumento da idade do enfermeiro surge um maior índice de inteligência espiritual e uma maior competência para o cuidado espiritual;
- a pertença e a prática de uma religião aumenta a inteligência espiritual e a competência para o cuidado espiritual;
- o local onde é exercida a profissão aumenta o índice de inteligência espiritual e a competência para o cuidado espiritual;
- ter tido formação que foca os cuidados espirituais aumenta a inteligência espiritual do enfermeiro e a sua competência para a prestação de cuidados espirituais.

Nestas hipóteses incluímos as seguintes variáveis:

- índice de inteligência espiritual;
- competência para o cuidado espiritual;
- número de anos de exercício profissional;
- idade;
- pertença e prática duma religião;
- local onde é exercida a profissão;
- formação na área dos cuidados espirituais.

No contexto do presente estudo foram conceptualizadas e operacionalizadas da seguinte forma:

- índice de inteligência espiritual: medido pelo Inventário de inteligência espiritual de David King, o nível de inteligência espiritual refere-se ao somatório das classificações dadas a cada questão;
- competência para o cuidado espiritual: medida pela Escala de Competências para o Cuidado Espiritual de René van Leeuwen, foi efectuada a análise de cada item desta escala individualmente;
- tempo de exercício profissional: usamos nesta variável os critérios de Patrícia Benner, que divide em cinco níveis de desenvolvimento profissional no desempenho do enfermeiro;
- idade, sendo esta o tempo percorrido desde o nascimento até à data de preenchimento do inquérito, colocando cada inquirido a sua idade;
- pertença e prática duma religião: colocámos três religiões predominantes em Portugal e incluímos a opção de agnóstico (que considerámos como não pertença a nenhuma religião), colocando espaço para resposta livre no caso de existência de uma outra religião (os que neste espaço responderam ateu, consideramos como não pertença a nenhuma religião);
- local onde é exercida a profissão, descreve diferentes locais de exercício de enfermagem: hospital, centro de saúde, unidade de cuidados continuados, Escolas

de Enfermagem e como última opção Outro local, pela consciência que temos de enfermeiros que exercem a sua profissão em realidades distintas das mais comuns;

- formação na área dos cuidados espirituais: incluímos nesta questão o nível académico em que foi adquirida esta formação deixando ainda a possibilidade aqueles que sentem que não têm formação nesta área responderem com a opção : ‘Não adquiriu’;

3. MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo relata-se o método e os instrumentos e procedimentos de investigação. Na investigação é fundamental percorrer um caminho para se chegar ao fim pretendido. Para atingir o conhecimento, torna-se necessário usar um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, ou seja, o método científico.

A melhor forma de compreender este fenómeno relacionado com as competências para o cuidado espiritual é através da integração do método quantitativo, pois para se analisar com fidedignidade uma situação, é necessário o uso de dados estatísticos/quantitativos obtidos. Considerando-se que a subjectividade do pesquisador está sempre presente, e com o objetivo de neutralizar o seu envolvimento pessoal nesta área devido a crenças pessoais que poderiam de alguma forma enviesar os resultados da investigação, o melhor procedimento a tomar é fazer um cruzamento de dados para se obter uma melhor compreensão do problema estudado.

3.1. TIPO DE ESTUDO

A metodologia que utilizámos para analisar as relações estabelecidas entre algumas variáveis sociodemográficas e a religião/religiosidade, com as competências para o cuidado espiritual e com o índice de inteligência espiritual nos enfermeiros, foi transversal, do tipo correlacional e inferencial através da análise da regressão.

3.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população alvo deste estudo foram os enfermeiros em Portugal. A escolha desta população deve-se ao facto de a temática a abordar se prender com o cuidado espiritual prestado pelos enfermeiros. A população de enfermeiros ativos em Portugal a 31 de dezembro de 2012, segundo a Ordem dos Enfermeiros era de 53131. A amostra utilizada foi não probabilística de conveniência.

Inicialmente contactou-se por correio electrónico um conjunto de enfermeiros de todo o País, na sua maioria doutorandos em Enfermagem, designados por pessoas de referência, para pedir a colaboração neste estudo, mediando o processo de envio de questionários até à obtenção da amostra pretendida. Após este contacto e aos que responderam de uma forma afirmativa ao nosso pedido, foi enviada uma carta a explicar todo o processo (anexo I) e qual o seu papel no mesmo.

Obtivemos 46 pessoas de referência, enfermeiros de vários pontos do País, a quem foram atribuídos 40 códigos de validação de entrada no questionário. Foi realizado o registo dos códigos enviados a cada pessoa de referência, posteriormente cada um enviou um código a cada um dos 40 enfermeiros, fazendo o registo a quem enviou a hiperligação do inquérito e do código atribuído a essa pessoa, numa folha que lhes tinha sido enviada (anexo II). Simultaneamente as pessoas de referência receberam uma carta para os inquiridos em que constava a explicação do preenchimento electrónico e o código de verificação que foi atribuído (anexo III). No que toca ao registo pelas pessoas de referência da distribuição dos inquéritos, este nunca foi fornecido ao investigador para certificar a confidencialidade das respostas.

Com o objetivo de facilitar a recolha de dados e alcançar o número de enfermeiros pretendidos da população em estudo, o questionário foi colocado *on-line* na ferramenta do Google Drive, sendo fornecido a cada interveniente um código de validação para que pudesse aceder ao questionário que envolveu todos os instrumentos de colheita de dados em estudo. Os códigos foram enviados às pessoas de referência a 30/12/2012, o prazo limite para resposta ao questionário foi determinado a 1/6/2013, e posteriormente foi alargado até 23/7/2013 para obtermos uma amostra mais significativa.

As pessoas de referência foram, ao longo deste processo, contactadas por correio electrónico por diversas vezes, para terem acesso ao evoluir do preenchimento dos códigos que lhes estavam atribuídos, e assim, de alguma forma motivar ao reenvio do pedido para os enfermeiros que ainda não tivessem respondido.

Às pessoas de referência enviamos um total de 1840 códigos para posterior reenvio aos inquiridos e recebemos 580 questionários (31,5%). Foram anulados 34 questionários por não estarem convenientemente preenchidos; não apresentavam códigos de

verificação válidos. Foi feito o tratamento estatístico de 546 questionários (29,7%), constituindo esta a nossa amostra final.

3.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na recolha dos dados para investigação é importante atender às questões éticas. A todos os participantes, no estudo, foi dada a informação aquando do preenchimento *online* das escalas do objetivo deste estudo, do anonimato dos participantes e da confidencialidade das respostas; não advieram riscos para as pessoas envolvidas.

Este estudo não foi sujeito a parecer de Comissão de Ética, por tal não ser obrigatório por lei, nem haver à data, Comissões de Ética que avaliassem estudos fora das instituições hospitalares. Foram, no entanto, cumpridos todos os procedimentos previstos para a investigação com seres humanos, conforme verificado pelo grupo de avaliação do projecto.

Pedimos autorização para a tradução e validação das duas escalas de língua estrangeira; foi também pedida autorização para a utilização da escala referente à religião/religiosidade.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS UTILIZADOS

Sendo o nosso estudo de natureza quantitativa e partindo das questões de investigação e objetivos a que nos propusemos, fizemos a opção de recolher os dados através de um questionário (anexo IV). Como já referimos anteriormente, este instrumento foi colocado *online* e aí cada inquirido teve acesso ao questionário.

O questionário é constituído por quatro partes: caracterização da amostra é constituída por nove questões, sendo todas opcionais; escala de religião/religiosidade de Quaresma, que contém quatro questões referentes às quatro práticas religiosas mais frequentes na população cristã (sendo que a religião dominante em Portugal é a católica) e para resposta a estas questões foi usada uma escala de Likert de 7 indicadores (7); Escala de Competências para o Cuidado Espiritual (tradução da SCCS) que apresenta

27 afirmações a serem respondidas com uma escala de Likert de 5 indicadores; Inventário de Inteligência Espiritual (tradução de SISRI-24) que contém 24 afirmações a responder numa escala de likert de 5 indicadores.

No que se refere ao contacto com as potenciais pessoas de referência o mesmo iniciou-se em setembro de 2012 e concluiu-se em dezembro desse mesmo ano. A partir dessa data, o questionário esteve *online* até 23 de julho de 2013.

Para a caracterização da amostra foi realizada a recolha e análise de dados sociodemográficos, foram recolhidos os seguintes dados: idade, sexo, tempo de exercício profissional, locais onde exerceu a profissão e tempo, onde trabalha atualmente, em que nível académico adquiriu competências para o cuidado espiritual, distrito ou região autónoma onde vive e religião.

Baseando-nos nesta investigação no modelo de Benner, o tempo de exercício profissional do enfermeiro foi operacionalizado segundo os níveis de desenvolvimento profissional propostos por esta autora; é possível distinguir cinco níveis de desenvolvimento profissional, no desempenho do enfermeiro: iniciado (menos de 1 ano de serviço), iniciado avançado (1 a 3 anos), competente (mais de 3 anos), proficiente (mais de 5 anos) e perito (mais de 15 anos de serviço) (123).

Para a avaliação da religião/religiosidade dos inquiridos aplicamos a escala de Quaresma (7) que analisa estes parâmetros. Esta escala foi elaborada a fim de medir a religiosidade na população portuguesa, com base na população cristã, sendo Portugal um país em que a religião dominante é a católica. É uma escala de Likert em que os inquiridos responderam segundo o seu posicionamento em relação às quatro questões propostas. Aquando da elaboração desta escala, a mesma apresentou boas qualidades psicométricas, sendo assim fiável para avaliar a religiosidade. Esta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,752, tendo um valor de consistência acima de 0,60. A análise, em componentes principais, mostrou que uma componente era suficiente para explicar 58,069% de variância total, verificando-se assim que é uma escala unidimensional.

Para avaliar as competências para o cuidado espiritual foi aplicada a Spiritual Care Competence Scale (SCCS), elaborada na Holanda em 2008 (21) e foi aplicada a estudantes do terceiro e quarto ano de Enfermagem, para avaliar as suas competências

para a prestação de cuidados espirituais. A sua elaboração surgiu em virtude da literatura de Enfermagem referir a importância para educar os enfermeiros na prestação de cuidados espirituais, assim como de os avaliar (21). Neste âmbito fica bem claro que os cuidados espirituais nos apontam para cuidados religiosos, mas simultaneamente para cuidados existenciais; muitas vezes a confusão entre religião e espiritualidade afastou do horizonte destes cuidados as necessidades existenciais. Esta escala teve como base um estudo sobre competências em Enfermagem de Leeuwen & Cusveller (26); esse estudo foi posteriormente usado e comprovado por diferentes autores. A SCCS foi aplicada a uma amostra de 197 estudantes, com uma média de idade de 20 anos, sendo a idade mínima 18 e a máxima 30. Após a análise dos resultados foram obtidas seis competências para o cuidado espiritual, segundo Leeuwen (21). Estas 6 dimensões na competência no cuidado espiritual explicam 53% da variância total.

A Escala foi traduzida e adaptada para a Língua Portuguesa com autorização do autor (anexo V).

No processo de validação de uma escala para uma diferente língua e diferente país, não se pretende que uma tradução seja só equivalente linguisticamente mas também semanticamente; que seja apreendido o sentido das palavras e principalmente que estas sejam compreendidas na cultura onde vão ser aplicadas.

A tradução de inglês para português da SCCS foi efectuada por dois tradutores profissionais portugueses com inglês fluente (um deles tradutor profissional o outro tradutor e docente de inglês). Um tradutor fez a tradução de inglês para português e outro fez a retroversão da escala sem ter conhecimento da escala original. No decorrer dos trabalhos de tradução ocorreram algumas reuniões para ser apresentado o objetivo da escala, esclarecer questões relativas à equivalência de tradução de cada item, para que cada um se pudesse referir ao que o autor pretendia.

A realidade da escala elaborada para a Holanda difere culturalmente de Portugal, daí que foi necessário perceber se havia diferenças significativas da percepção dos conceitos nas duas culturas, para que pudesse cada item ser interpretado de forma semelhante nos diferentes países em causa.

Recorreu-se também a um painel de peritos na área da espiritualidade em Enfermagem para efetuar a análise das equivalências.

Uma vez que na SCCS a variável explicada é o grau de concordância, uma variável qualitativa ordinal, recorreu-se a modelos de regressão logística de multicategoria ou modelo de regressão ordinal (modelo de regressão logística acumulado para respostas ordinais). Este modelo permitiu concluir quais dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos que efectivamente influenciam o grau de concordância em cada competência e em que sentido. Ou seja, os primeiros são as variáveis explicativas (regressores) e o segundo é a variável explicada (resposta) do modelo. Designando as primeiras variáveis por (X_2, \dots, X_k) e a segunda por Y , a expressão do modelo é

$$P_i = \frac{e^{\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}{1 + e^{\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}$$

onde P_i representa a probabilidade acumulada na categoria i da variável Y . A partir da estimação destas probabilidades, é possível concluir quais as variáveis explicativas que influenciam a variável explicada e em que sentido e ainda quantificar essa influência. Para este efeito, toma-se o logit de P_i :

$$\log \text{it } P_i = \log \text{it}[P(Y_i \leq y_i)] = \ln \left(\frac{P(Y_i \leq y_i)}{P(Y_i > y_i)} \right) = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

o que já assume a forma de um modelo de regressão linear múltipla, sendo estimado pelos métodos habituais. Com base no modelo ajustado, estima-se os *odds ratios* o que permite comparar o efeito das variáveis explicativas na variável explicada. (124) (125) (126) (127)

Ao compararmos todas as versões, original, tradução e retroversão, e depois de analisadas e atendidas algumas observações dos peritos, confirmamos ter uma retroversão semelhante à versão original da escala. A equivalência psicométrica da SCCS e a sua fidelidade e validade serão apresentadas posteriormente.

Para avaliar o índice de inteligência espiritual foi utilizado o instrumento Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI-24). Este inventário avalia a inteligência

espiritual e foi desenvolvido por King em 2008. Baseia-se num modelo constituído por quatro dimensões: pensamento crítico sobre a existência; produção de sentido pessoal; consciência transcendental; estado de expansão da consciência (28). Optamos pela utilização deste inventário por nos parecer que esta variável é relevante no nosso estudo e para o cuidado espiritual, pelo que já referimos anteriormente sobre a mesma.

Este inventário começou a ser construído com 84 itens, para uma amostra de 619 participantes; posteriormente foi reduzido para 30 itens com 305 participantes, ficando a versão final com 24 itens. A versão inicial dos itens do inventário foi realizada de acordo com os autores: Clark & Watson, Worthington & Whittaker, Loevinger e Hayward (28). O SISRI-24 está formulado de forma que os mais elevados índices representam maiores níveis de inteligência espiritual e/ou capacidade para a obter.

Entre as muitas conclusões a que o autor chega, salientamos que: um alto nível de espiritualidade não é intrinsecamente equivalente com um alto índice de inteligência espiritual. O autor aponta que deverão ser feitos mais estudos com SISRI-24, tendo em atenção que a confidencialidade e anonimato devem ser preservados; a mera presença do investigador para a recolha de dados pode contribuir para o viés que ocorreu na aplicação da escala, pelo que o autor sugere que se faça o uso exclusivo de questionários *online* pode ajudar a incrementar a percepção de confidencialidade e anonimato; alerta ainda para o facto desta escala ter sido desenvolvida para medir universalmente a inteligência espiritual, pelo que considera de suma importância estudos em outras culturas para confirmar esta universalidade (28).

O SISRI-24 apresenta um Alfa de Cronbach de 0,92.

O inventário foi traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa com a devida autorização do autor da mesma (anexo VI).

A tradução de inglês para português do SISRI-24 foi efetuada por dois tradutores profissionais portugueses com inglês fluente (um deles tradutor profissional o outro tradutor e docente de inglês). Um tradutor fez a tradução de inglês para português e outro fez a retroversão da escala sem ter conhecimento do instrumento original. No decorrer dos trabalhos de tradução ocorreram algumas reuniões para ser apresentado o objeti-

vo do inventário, esclarecer questões relativas à equivalência de tradução de cada item, para que cada um se possa referir ao que o autor pretende.

A realidade do inventário elaborado para o Canadá difere culturalmente de Portugal, daí que foi necessário perceber se havia diferenças significativas de percepção dos conceitos nas duas culturas, para que possa cada item ser interpretado de forma semelhante nos diferentes países em causa.

Recorreu-se também a um painel de peritos na área da espiritualidade em Enfermagem para efetuar a análise das equivalências, e da pesquisa sobre o constructo em português.

Uma vez que no inventário a variável explicada é o índice de inteligência espiritual, uma variável quantitativa, recorreu-se a modelos de regressão linear. Este modelo permitiu concluir quais dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos efectivamente influenciam o índice de inteligência espiritual e em que sentido. Ou seja, a variável explicada (resposta) é o índice e as variáveis explicativas do modelo (regressores) são portanto os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos. Designando a primeira variável por Y e as segundas por (X_2, \dots, X_k) , a expressão do modelo é

$$Y = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + U$$

onde U é o termo residual. Com base no modelo ajustado e na estimação dos parâmetros $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k X_k$, é possível estimar o efeito das variáveis explicativas na variável explicada (126) (127) (128).

Ao compararmos todas as versões, original, tradução e retroversão, deparamo-nos com uma retroversão semelhante à versão original da escala, pelo que aplicámos a escala à amostra pretendida. Posteriormente, apresentaremos a equivalência psicométrica do SISRI-24 e a sua fidelidade e validade.

3.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

As informações adquiridas ao longo da pesquisa não respondem por si só, às perguntas de investigação. Elas precisam de ser codificadas e classificadas para que se

possa detectar, interpretar e avaliar as tendências e padrões de relação existentes entre as variáveis.

Referente a todas as escalas foi realizado o estudo das suas propriedades psicométricas, a fim de verificarmos a sua validade e fiabilidade para a nossa amostra.

Reunidos todos os dados foi realizado o tratamento dos mesmos, recorrendo ao seu processamento, utilizando o programa de análise estatística SPSS, versão 21 e a linguagem R, versão 3.0.2 (129).

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado durante o último semestre de 2013, aos questionários que foram recebidos até 23 de julho de 2013.

Os dados foram introduzidos e em seguida feita a análise das frequências absolutas e relativas, utilizámos também as medidas descritivas apropriadas para os diferentes tipos de variáveis. Para a determinação das qualidades psicométricas das escalas utilizadas, foi efetuada uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais com rotação Varimax; a consistência interna e fiabilidade foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é composta por 546 enfermeiros.

A distribuição das **idades** é marcadamente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.63), o que significa que predominam as idades mais baixas (sendo a idade mínima de 22 anos) e intermédias e que, a partir dos 30 anos, o número de enfermeiros vai diminuindo à medida que se consideram idades mais altas, sendo a idade máxima encontrada de 65 anos. O histograma (figura 1) mostra de facto a maior importância das idades entre os 25 e os 35 anos, observando-se uma quebra gradual do número de enfermeiros a partir dessa idade e existindo muito poucos enfermeiros com idades superiores a 55 anos. Assim, a mediana que é 34 anos (ou seja, metade dos enfermeiros tem idade até 34 anos), o 1º quartil é 28 anos (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem idade até este valor) e o 3º quartil é 44 anos (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm idade até este valor), o que mostra que as idades estão dispersas, principalmente entre 25 anos e 55 anos. Em resultado, a dispersão é moderada, reflectida no valor do coeficiente de variação (28.3%).

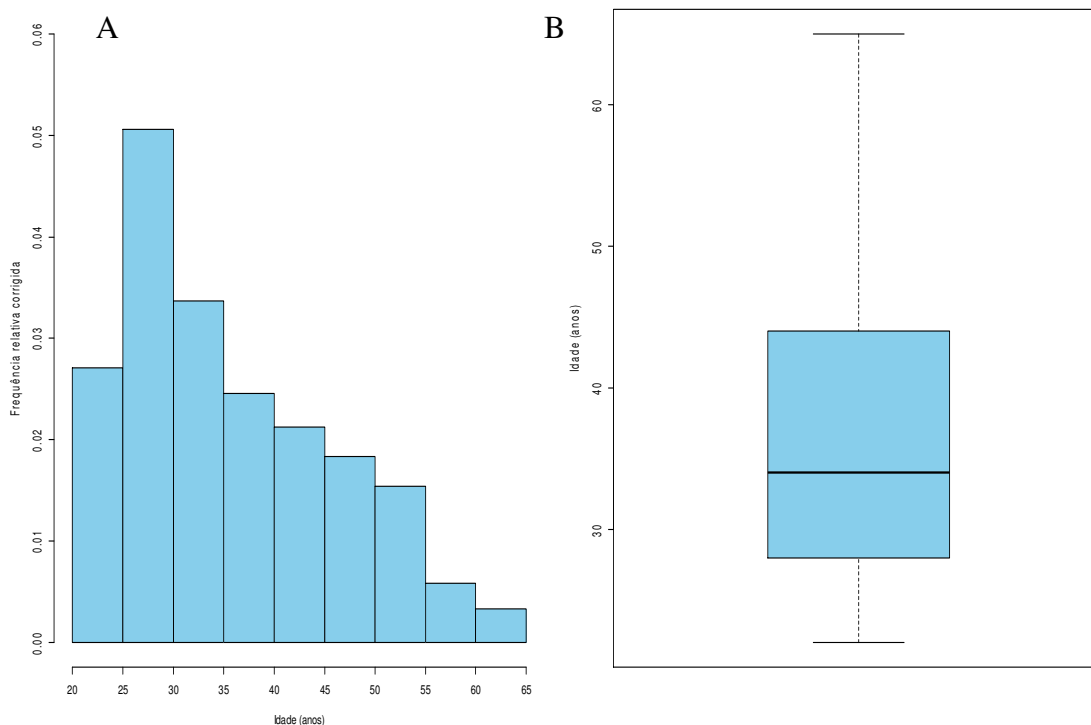


Figura 1 - Distribuição das idades na amostra estudada (A – Distribuição da frequências das idades; B – Gráfico onde se pode observar a mediana e os percentis 25 e 75)

Quanto ao **gênero** destacamos que há uma forte predominância das enfermeiras (77.1%, ou seja, 421 enfermeiras) em relação aos enfermeiros (22.9%, ou seja, 125 enfermeiros).

À semelhança da distribuição das idades, a do **tempo de exercício profissional** também é marcadamente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.64), o que significa que predominam os tempos mais baixos (sendo o tempo mínimo de 0 anos) e intermédios. Com efeito, as classes de tempo mais importantes são as mais baixas (até 8 anos), registando-se uma importante quebra do número de enfermeiros nos 8 anos e quebras graduais nas classes seguintes, existindo poucos enfermeiros com tempos superiores a 32 anos e sendo o máximo de 46 anos. Assim, a mediana que é 11 anos (ou seja, metade dos enfermeiros tem tempo até 11 anos), o 1º quartil é 5 anos (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem tempo até este valor) e o 3º quartil é 21 anos (ou seja,

três quartos dos enfermeiros têm tempo até este valor), o que mostra uma grande dispersão do tempo de exercício profissional, ou seja, que existem grandes diferenças no tempo de exercício profissional dos enfermeiros. Em consequência, a dispersão é muito elevada, reflectida no valor do coeficiente de variação (76.1%).

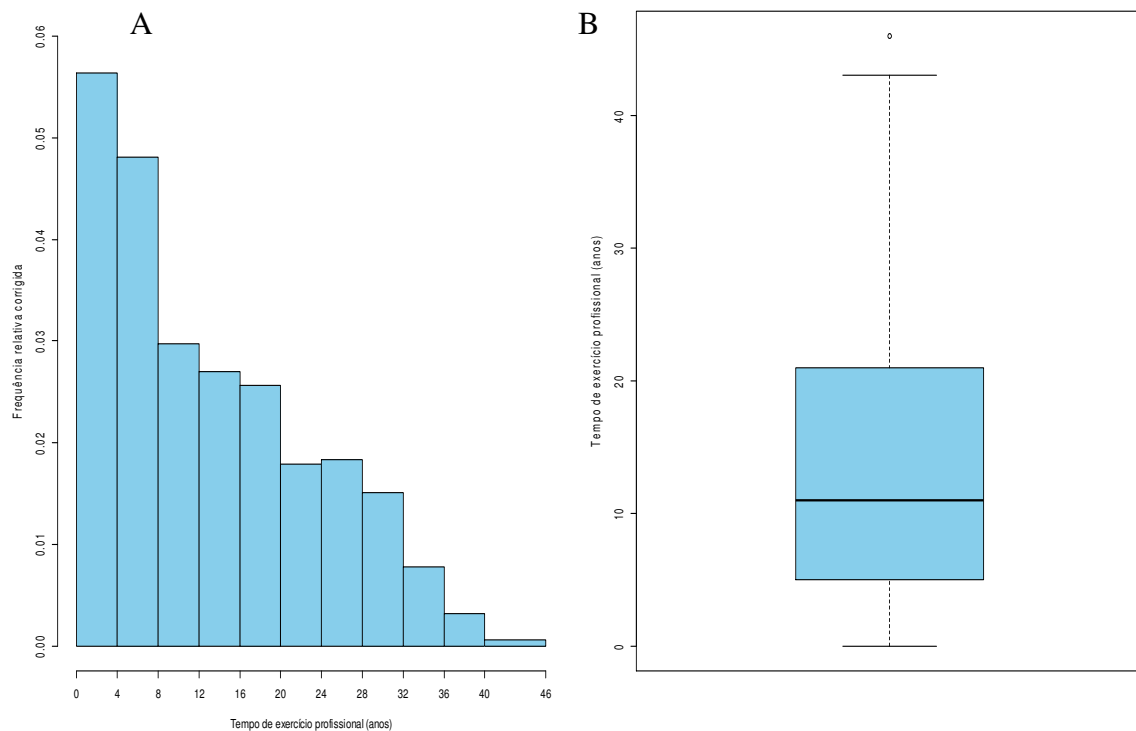


Figura 2 - Distribuição do tempo de exercício profissional na amostra estudada (A – Distribuição das frequências das idades; B – Gráfico onde se pode observar a mediana e os percentis 25 e 75)

A tabela 1 apresenta a distribuição do **local anterior de exercício da profissão** e o respectivo tempo, mostrando-se as frequências absolutas (ou seja, as contagens) na e a distribuição dos tempos por local, ou seja, as percentagens relativamente ao total por local, (note-se que vários enfermeiros trabalham ou trabalharam em mais do que um local, pelo que o número de respostas é superior ao número de enfermeiros). Note-se portanto que o Hospital é quase sempre o local mais importante (só não o é para o tempo de menos de 1 ano) e que as Escolas de Enfermagem têm maior importância para o tempo mais elevado (mais de 15 anos).

**Tabela 1 - Local anterior de exercício da profissão e tempo
– Frequências Absolutas e relativas**

Tempo	Local					Total
	Hospital	Centro de saúde	Unidade de cuidados continuados	Escolas de Enfermagem	Outro local	
< 1 ano, n (%)	42 (9,3%)	45 (29,2%)	37 (39,8%)	23 (17,2%)	44 (33,1%)	191
1-3 anos, n (%)	75 (16,6%)	35 (22,7%)	38 (40,9%)	17 (12,7%)	34 (25,6%)	199
3-5 anos, n (%)	101 (22,3%)	33 (21,4%)	15 (16,1%)	27 (20,1%)	33 (24,8%)	209
5-15 anos, n (%)	183 (40,4%)	36 (23,4%)	3 (3,2%)	45 (33,6%)	16 (12 %)	283
> 15 anos, n (%)	52 (11,5%)	5 (3,2%)	0 (0%)	22 (16,4%)	6 (4,5%)	85
Total	453	154	93	134	133	967

No que refere ao **local de trabalho atual**, a maioria dos enfermeiros (305 enfermeiros ou 55.9%) trabalha no Hospital, seguindo-se a uma grande distância as Escolas de Enfermagem (92 ou 16.8%), o Centro de saúde (62 ou 11.4%), a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) (54 ou 9.9%) e o ‘Outro local’ (33 ou 6%).

Tabela 2 - Local de trabalho atual – frequências absolutas e relativas

Local	N	%
Hospital	305	55.9
Centro de saúde	62	11.4
UCC	54	9.9
Escolas de Enfermagem	92	16.8
‘Outro local’	33	6.0
Total	546	100.0

A distribuição da idade segundo o local de trabalho atual encontra-se na figura 3, permitindo concluir que:

- A distribuição da idade dos enfermeiros que trabalham no Hospital ou no Centro de saúde é muito semelhante. Com efeito, as caixas-de-bigodes respectivas mostram um comportamento quase igual e as medidas descritivas são quase coincidentes (o mínimo é mesmo igual).

- A distribuição da idade dos enfermeiros que trabalham na UCC ou em ‘Outro local’ é também muito semelhante. Os enfermeiros que trabalham nestes dois locais apresentam as idades mais baixas de todos os locais.
- A idade dos enfermeiros que trabalham na Escola de Enfermagem é a que assume geralmente valores mais elevados de todos os locais de trabalho (embora o máximo seja um pouco inferior ao dos enfermeiros que trabalham no Hospital ou em ‘Outro local’).

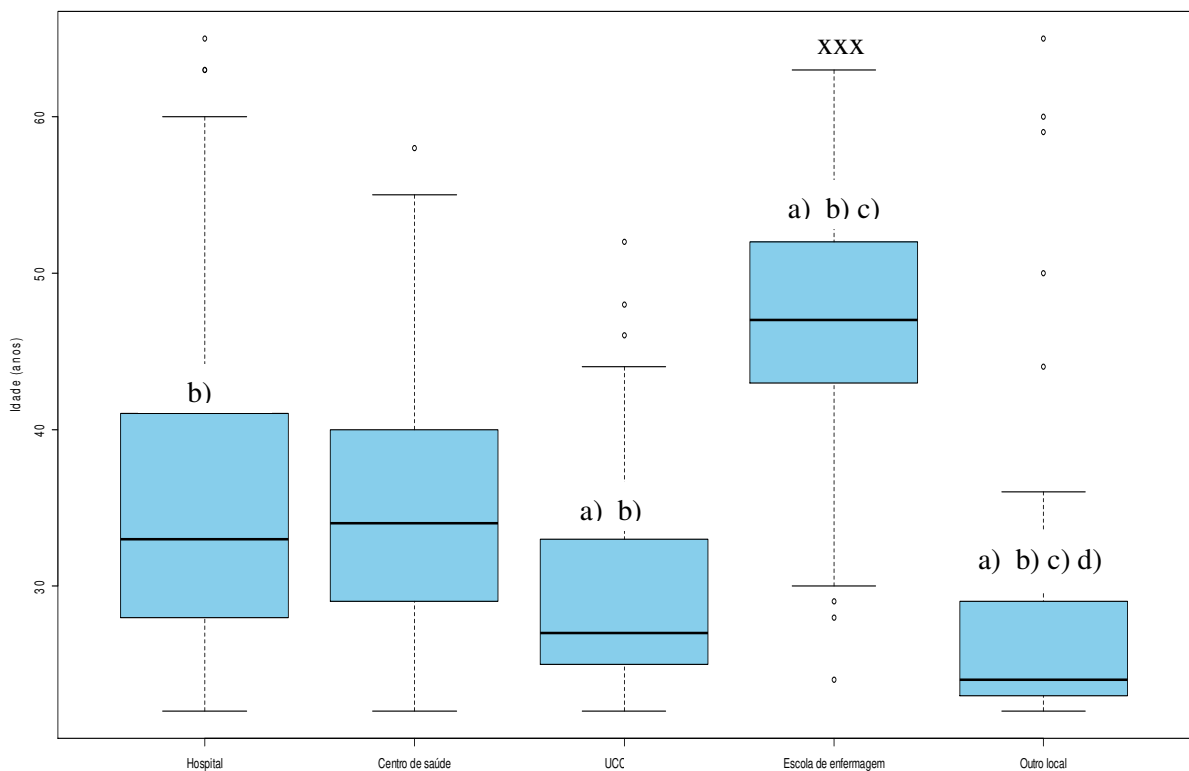


Figura 3 - Distribuição da idade da amostra estudada por local de trabalho atual e resultados do teste de Mann-Whitney para comparações múltiplas da idade por local de trabalho; (xxx $p < 0.005$ vs. ‘Outro local’; a) $p < 0.005$ vs. Hospital; b) $p < 0.005$ vs. Centro de Saúde; c) $p < 0.005$ vs. UCC; d) $p < 0.005$ vs. Escolas de Enfermagem)

Para efetuar esta comparação, começou por se testar a normalidade da distribuição da idade para cada local de trabalho, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk. O valor-p é 0 para todos os locais com exceção da Escola de Enfermagem, em que o valor-p é 0.112, conseqüentemente, só não se rejeita a hipótese de normalidade da idade para a Escola de Enfermagem. Assim, para comparar a idade média dos enfermeiros nos cinco locais de

trabalho, recorreremos ao teste (não paramétrico) de Kruskal-Wallis, sendo a hipótese nula a igualdade dessas médias e a hipótese alternativa a existência de diferenças entre elas. A estatística do qui-quadrado para o teste é 145.6 (4 graus de liberdade), pelo que o valor-p é 0, levando a rejeitar a hipótese nula. Consequentemente, conclui-se que as idades médias dos enfermeiros não são iguais para todos os locais de trabalho. Em resultado desta conclusão, torna-se necessário comparar os locais de trabalho entre si (comparações múltiplas) para perceber quais são as diferenças. Para este efeito, e uma vez que a idade não tem distribuição normal, recorreremos ao teste (não paramétrico) de Mann-Whitney, em que a hipótese nula é que a idade média é igual para dois quaisquer locais de trabalho e a hipótese alternativa é a de que é diferente.

Uma vez que neste procedimento de comparações múltiplas, os mesmos dados vão ser testados repetidamente, foi necessário ajustar o nível de significância (para comparação com o valor-p) recorrendo à correcção de Bonferroni. Assim, uma vez que se vai comparar 5 locais de trabalho, existem 10 comparações a fazer, pelo que, para um nível de significância de 5% (o mais habitual), o nível de significância ajustado é de $5\%/10=0.5\%$, devendo este ser comparado com o valor-p. Assim (figura 3), o valor-p do teste só não é inferior a 0.5% na comparação entre o Hospital e o Centro de saúde e entre a UCC e o 'Outro local'. Nestes dois casos, não se rejeita a hipótese de a idade média ser igual em cada par de locais de trabalho (confirmando a análise descritiva acima). Em todas as outras comparações, rejeita-se a hipótese nula:

- Hospital vs. UCC – A idade média é superior no Hospital.
- Hospital vs. Escola de Enfermagem – A idade média é inferior no Hospital.
- Hospital vs. 'Outro local' – A idade média é superior no Hospital.
- Centro de saúde vs. UCC – A idade média é superior no Centro de saúde.
- Centro de saúde vs. Escola de Enfermagem – A idade média é inferior no Centro de saúde.
- Centro de saúde vs. 'Outro local' – A idade média é superior no Centro de saúde.
- UCC vs. Escola de Enfermagem – A idade média é inferior na UCC.

- Escola de Enfermagem vs. 'Outro local' – A idade média é superior na Escola de Enfermagem.

Verifica-se portanto que os resultados das comparações múltiplas através deste teste confirmam as conclusões da análise descritiva acima.

Quanto à **residência** destacam-se os distritos do Porto (133 enfermeiros ou 24.4%), Lisboa (121 ou 22.2%), Faro (55 ou 10.1%), Região Autónoma da Madeira (48 ou 8.8%), Coimbra (44 ou 8.1%) e Setúbal (6.8%). Os restantes distritos têm importância reduzida.

Tabela 3 – Local de residência dos inquiridos – frequências absolutas e relativas

Distrito/Região Autónoma	n	%
Açores	12	2.2
Aveiro	15	2.7
Beja	6	1.1
Braga	19	3.5
Bragança	2	0.4
Castelo Branco	3	0.5
Coimbra	44	8.1
Évora	4	0.7
Faro	55	10.1
Guarda	0	0.0
Leiria	12	2.2
Lisboa	121	22.2
Madeira	48	8.8
Portalegre	0	0.0
Porto	133	24.4
Santarém	11	2.0
Setúbal	37	6.8
Viana do Castelo	5	0.9
Vila Real	16	2.9
Viseu	3	0.5
Total	546	100.0

No que se refere ao **nível académico de aquisição de competências para a prestação de cuidados espirituais** destaca-se a Licenciatura (271 enfermeiros ou 49.6%), seguindo-se a grande distância Não adquiriu (91 ou 16.7%), Superior a licenciatura (87 ou 15.9%), Nenhum (59 ou 10.8%) e Bacharel (38 ou 7%). Pode-se por isso

afirmar que a maior parte dos enfermeiros adquiriu competências para o cuidado espiritual logo na formação de base.

Tabela 4 – Nível académico de aquisição de competências para prestação de cuidados espirituais – frequências absolutas e relativas

Nível Académico	n	%
Nenhum	59	10.8
Bacharel	38	7.0
Licenciatura	271	49.6
Superior a licenciatura	87	15.9
Não adquiriu	91	16.7
Total	546	100.0

Quanto à **religião** a grande maioria da amostra é católica (473 enfermeiros ou 86.6%), pertencem a Outra religião (26 ou 4.8%), são Protestantes (7 ou 1.3%), Muçulmanos (1 ou 0.2%). Temos ainda os Agnósticos (37 ou 6.8%) e os Ateus (2 ou 0.4%) e

Tabela 5 – Religião – frequências absolutas e relativas

Religião	n	%
Católica	473	86.6
Protestante	7	1.3
Muçulmana	1	0.2
Agnóstico	37	6.8
Outra	26	4.8
Ateu	2	0.4
Total	546	100.0

4.2. RELIGIOSIDADE

Esta escala é composta por quatro itens, procedeu-se em primeiro lugar à sua análise descritiva individual, e em seguida à análise fatorial (análise conjunta).

4.2.1. Análise descritiva

Participação em serviços religiosos

A maior frequência é 1 a 2 vezes por ano (227 enfermeiros ou 41.6%), seguindo-se a grande distância 1 vez por semana (82 ou 15%), 1 vez por mês (68 ou 12.5%), Nunca (67 ou 12.3%), 2 a 3 vezes por mês (53 ou 9.7%), Mais de 1 vez por semana (35 ou 6.4%) e Todos os dias (14 ou 2.6%).

Tabela 6 – Participação em serviços religiosos – frequências absolutas e relativas

Participação	n	%
Todos os dias	14	2.6
Mais de 1 vez por semana	35	6.4
1 vez por semana	82	15.0
2 a 3 vezes por mês	53	9.7
1 vez por mês	68	12.5
1 a 2 vezes por ano	227	41.6
Nunca	67	12.3
Total	546	100.0

Rezar em privado

A maior frequência é Algumas vezes por semana (117 enfermeiros ou 21.4%), seguindo-se 1 vez por dia (109 ou 20%), Algumas vezes por mês (98 ou 17.9%), Nunca (92 ou 16.8%), Mais de 1 vez por dia (72 ou 13.2%), 1 vez por mês (48 ou 8.8%) e 1 vez por semana (10 ou 1.8%).

Tabela 7 – Rezar em privado – frequências absolutas e relativas

Rezar em privado	n	%
Mais de 1 vez por dia	72	13.2
1 vez por dia	109	20.0
Algumas vezes por semana	117	21.4
1 vez por semana	10	1.8
Algumas vezes por mês	98	17.9
1 vez por mês	48	8.8
Nunca	92	16.8
Total	546	100.0

Leitura de literatura religiosa

A maioria é Nunca (312 enfermeiros ou 57.1%), seguindo-se 1 vez por mês (87 ou 15.9%), Algumas vezes por mês (53 ou 9.7%), Algumas vezes por semana (36 ou 6.6%), 1 vez por semana (24 ou 4.4%), 1 vez por dia (18 ou 3.3%) e Mais de 1 vez por dia (16 ou 2.9%).

Tabela 8- Leitura de literatura religiosa – frequências absolutas e relativas

Leitura	n	%
Mais de 1 vez por dia	16	2.9
1 vez por dia	18	3.3
Algumas vezes por semana	36	6.6
1 vez por semana	24	4.4
Algumas vezes por mês	53	9.7
1 vez por mês	87	15.9
Nunca	312	57.1
Total	546	100.0

Rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa

Metade é Nunca (273 enfermeiros ou 50%), seguindo-se Apenas em ocasiões especiais (166 ou 30.4%), A todas as refeições diárias (39 ou 7.1%), Pelo menos 1 vez por semana (27 ou 4.9%), Pelo menos 1 vez por mês (19 ou 3.5%), 1 vez por dia (18 ou 3.3%) e 2 vezes por dia (4 ou 0.7%).

Tabela 9 – Rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa – frequências absolutas e relativas

Rezar ou dar graças	n	%
A todas as refeições diárias	39	7.1
2 vezes por dia	4	0.7
1 vez por dia	18	3.3
Pelo menos 1 vez por semana	27	4.9
Pelo menos 1 vez por mês	19	3.5
Apenas em ocasiões especiais	166	30.4
Nunca	273	50.0
Total	546	100.0

4.2.2. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala

Após o estudo individual da frequência das atividades religiosas dos enfermeiros na escala da religiosidade, procedemos agora a uma análise da estrutura conceptual (estrutura latente) desta escala através de uma análise fatorial, tendo em vista a identificação dos fatores subjacentes às respostas dos enfermeiros. Tais fatores permitir-nos-ão identificar as dimensões que descrevem as mesmas, ou seja, compreender as motivações que estão por detrás do padrão encontrado nos dados. Será também possível validar a escala do questionário, ou seja, medir a validade deste para o objetivo pretendido.

Em primeiro lugar, para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise fatorial, apresentamos a seguir a matriz de correlações entre as respostas, observando-se que todas as correlações são moderadas (tabela 10).

Tabela 10 - Matriz de correlações da frequência na escala da religiosidade

Atividades	Atividades			
	1	2	3	4
1	1.000	0.587	0.661	0.494
2	0.587	1.000	0.576	0.548
3	0.661	0.576	1.000	0.613
4	0.494	0.548	0.613	1.000

Procedemos também ao cálculo da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, apresentada na tabela 11 para cada variável e para a totalidade da escala (valor global). Assim, o valor global é de 0.795, o que é bom, e os valores para cada atividade são todos elevados, muito superiores a 0.5, indicando que todas as atividades podem ser utilizadas, pois ajustam-se à estrutura definida pelas outras atividades. Como resultado, podemos afirmar que a fatorabilidade da matriz de correlações é boa, ou seja, é apropriado efetuar uma análise fatorial com estes dados.

Tabela 11 - Medida de adequação da amostragem KMO escala da religiosidade

Atividades	KMO
1	0.782
2	0.830
3	0.784
4	0.813
Global	0.795

Assim, realizou-se uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de fatores a reter. As regras habitualmente utilizadas para seleccionar o número de fatores a reter na análise conduzem a diferentes soluções, conforme pode ser observado na tabela 12. Com efeito, uma dessas regras consiste em seleccionar os fatores cujos valores próprios associados sejam superiores a 1 (regra de Kaiser), sendo o primeiro factor o único que a cumpre, pelo que esta regra apontaria para uma solução com 1 factor (explicando 68.5% da variância total, o que é aceitável). Uma segunda regra consiste em explicar 80% da variância total (regra de Pearson), o que conduz a uma solução com 2 fatores (explicando 81.3% da variância total), o que ainda seria razoável, embora um pouco elevado (relembre-se que a escala tem apenas 4 atividades). Finalmente, a terceira regra habitualmente utilizada é baseada no “scree plot” em que se retém o número de fatores em que ocorre a maior quebra da percentagem da variância explicada (regra de Cattell), o que conduz a reter entre 2 fatores, tal como a regra anterior. Assim, foram ensaiadas as soluções com 1 e com 2 fatores, concluindo-se que a primeira se afigura a mais apropriada, pelo que será adoptada.

Tabela 12 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos à escala da religiosidade

Factor	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	2.742	68.540	68.540
2	0.511	12.765	81.305
3	0.444	11.093	92.398
4	0.304	7.602	100.000

Assim, os resultados da análise fatorial forçada a 1 factor (como se extrai apenas um factor, a solução não pode ser rodada) com normalização de Kaiser são dados na tabela seguinte onde se indicam os pesos factoriais das diferentes atividades no factor. A solução fatorial com 2 fatores foi também ensaiada, mas esta solução com 1 factor revelou-se a mais adequada para a interpretação, pelo que se conclui que 1 factor é suficiente para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Refira-se que todos os pesos factoriais apresentam valores elevados, o que permite concluir novamente que a solução fatorial obtida tem boa qualidade. A tabela também mostra as comunalidades, ou seja, a percentagem da variância de cada variável explicada pelo factor extraído. Verifica-se que essa percentagem é superior a 50% em todas as atividades, o que significa mais uma vez que os resultados desta análise fatorial são de boa qualidade.

Tabela 13 - Estrutura fatorial da escala da religiosidade

Atividades	Fact.1	Comunalidades
1	0.830	0.689
2	0.817	0.668
3	0.866	0.749
4	0.797	0.636

Assim, identifica-se um único factor que é um índice sintético da frequência das quatro atividades da escala (unidimensional) da religiosidade, servindo portanto para resumir a frequência de todas as atividades.

A tabela 14 mostra os coeficientes de cada atividade no factor (*component scores*).

Tabela 14 - Coeficientes das atividades no factor da escala da religiosidade

Atividades	Factor
1	0.303
2	0.298
3	0.316
4	0.291

Para a avaliação da qualidade do modelo fatorial obtido, a tabela 15 apresenta a matriz dos resíduos, ou seja, a matriz das diferenças entre as correlações observadas entre as competências e as correlações estimadas (reproduzidas) pelo modelo fatorial com o único factor retido. Embora todos os resíduos tenham valor absoluto superior a 0.05, os seus valores não são elevados, o que significa que o ajustamento é aceitável (e note-se que são apenas 6 resíduos, o que não é suficiente para poder afirmar que o ajustamento não tem boa qualidade). Além disso, o índice da qualidade do ajustamento ou *Goodness of Fit Index* (GFI) é 0.955, o que indica um ajustamento muito bom (valores do GFI superiores a 0.95 indicam um ajustamento muito bom, sendo 1 o valor máximo deste indicador). O GFI ajustado, designado por AGFI, é 0.776, o que é ainda aceitável. Por sua vez, o *Root mean square residual* (RMSR) é 0.111, o que significa novamente que o ajustamento é aceitável porque, embora seja superior a 0.05, o RMSR não é elevado (considera-se geralmente que valores de RMSR inferiores a 0.05 representam um ajustamento muito bom). Em resumo, todos os coeficientes mostram que o ajustamento tem uma qualidade aceitável.

Tabela 15 - Matriz de resíduos do modelo fatorial da escala da religiosidade

Atividades	Atividades			
	1	2	3	4
1		-0.091	-0.058	-0.168
2	-0.091		-0.131	-0.103
3	-0.058	-0.131		-0.077
4	-0.168	-0.103	-0.077	

Por fim, procede-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado. Para este efeito, utilizaremos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor é 0.842, o que é elevado e mostra uma boa consistência interna do questionário. Consequentemente, é possível afirmar que o questionário revela uma consistência interna e fiabilidade boa, o que significa que é válido para os objetivos a que se destina, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos. Pelo já exposto a escala de religiosidade/religião é válida e fiável para a população em estudo.

4.3. COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPIRITUAL

4.3.1. Análise descritiva

A tabela 16 mostra a frequência das respostas dos enfermeiros à escala das competências para o cuidado espiritual.

Destacando-se as três primeiras questões, pelo seu grau de concordância especialmente elevado, e as três últimas, pelo seu baixo grau. Todas as outras questões apresentam graus de concordância entre o moderado e o elevado, existindo grandes diferenças entre as questões. Por isso, é necessário encontrar eventuais grupos de questões semelhantes e explicar o padrão encontrado nas respostas.

Tabela 16 – Itens da escala de competências para o cuidado espiritual

Itens	Frequência (%)					
	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente	Total
Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes	0.4	1.1	0.7	22.3	75.5	100.0
Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha	0.0	0.0	1.1	19.6	79.3	100.0
Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente	0.5	0.4	0.2	10.3	88.6	100.0
Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente	0.9	3.3	2.2	44.3	49.3	100.0
Sou capaz de escutar ativamente a “história de vida” do paciente estabelecendo a relação com sua doença/deficiência	0.2	0.2	1.6	44.1	53.8	100.0
Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (demonstrando preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade pessoal)	0.0	0.4	0.7	35.7	63.2	100.0
Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente.	0.4	5.5	13.4	56.8	24.0	100.0
Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais	0.2	9.9	18.9	55.3	15.8	100.0
Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar	0.2	5.5	11.0	58.4	24.9	100.0
Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de Enfermagem	1.6	15.4	17.2	45.6	20.1	100.0
Sou capaz de dar a conhecer por escrito, o funcionamento espiritual do paciente	1.3	16.5	24.0	44.5	13.7	100.0
Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente	0.9	8.4	15.8	56.6	18.3	100.0
Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais	0.7	4.8	12.8	51.6	30.0	100.0

Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz de atempada e efetivamente encaminhá-lo para outro profissional de saúde (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã)	0.0	1.6	4.6	43.4	50.4	100.0
Sei quando devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente	0.5	8.4	18.5	52.2	20.3	100.0
Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual	1.3	13.7	22.5	50.4	12.1	100.0
Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei, tanto com o doente como na equipa disciplinar/multidisciplinar	1.3	13.2	28.6	48.7	8.2	100.0
Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde (incluindo o cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos)	0.5	5.9	7.0	50.7	35.9	100.0
Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão)	0.7	4.8	11.9	59.3	23.3	100.0
Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene)	0.2	4.2	11.9	57.7	26.0	100.0
Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais	0.2	3.1	7.5	56.8	32.4	100.0
No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual	0.7	9.3	22.2	50.9	16.8	100.0
No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual	1.1	12.5	25.8	46.7	13.9	100.0
No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno	1.1	8.4	23.4	52.9	14.1	100.0
Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente	8.8	27.1	29.7	27.1	7.3	100.0
Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem	5.7	22.2	30.8	34.8	6.6	100.0
Sou capaz de implementar um projeto de cuidado espiritual na área de Enfermagem	7.9	20.1	33.7	32.1	6.2	100.0

4.3.2. Determinação das causas do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual

O grau de concordância dos enfermeiros na escala das competências para o cuidado espiritual pode assumir cinco categorias (“Discordo totalmente”, “Discordo”, “Sem opinião”, “Concordo” e “Concordo totalmente”, por ordem crescente do grau de concordância), o que significa que esta é uma variável qualitativa ordinal. Com o objetivo de determinar quais os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos que afetam significativamente o grau de concordância, ajustou-se para cada competência um modelo de regressão logística de multicategoria ou modelo de regressão ordinal (já explicado anteriormente), uma vez que a resposta (o grau de concordância) é uma variável qualitativa ordinal. Este modelo irá permitir concluir quais dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos que efectivamente influenciam o grau de concordância em cada competência e em que sentido. Ou seja, a variável explicada (resposta) é o quociente entre a probabilidade de o grau de concordância de um enfermeiro ser maior e a probabilidade de esse grau ser menor em cada competência; as variáveis explicativas do modelo (regressores) são portanto os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos. Em todas as competências, fez-se um ajustamento em passos (“stepwise”), eliminando do modelo os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo (nível de significância de 5%).

Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o local de trabalho atual (distinguindo-se o ‘Outro local’), o nível académico em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se o nível de Não

adquiriu), a religião do enfermeiro (distinguindo-se a Outra) e a frequência da leitura de literatura religiosa (distinguindo-se Uma vez por semana). A tabela 17 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 17 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes' Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.553	0.040	[0.039,1.100]	1.739	[1.040,3.006]
Outro local de trabalho	1.852	0.015	[0.588,3.709]	6.370	[1.801,40.806]
Nível académico – Não adquiriu	-0.548	0.038	[-1.062,-0.021]	0.578	[0.346,0.980]
Outra religião	2.390	0.021	[0.803,5.285]	10.914	[2.233,197.385]
Ler literatura religiosa – Uma vez por semana	-0.948	0.039	[-1.837,-0.013]	0.387	[0.159,0.987]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 57.4 (9 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem, de o local de trabalho atual ser o 'Outro local' e de a religião do enfermeiro ser outra e de forma decrescente de o nível académico em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser 'Não adquiriu' e da frequência da leitura de literatura religiosa ser uma vez por semana, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.739 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.040 a 3.006).

O facto das Escolas de Enfermagem, onde se encontra 16,8% da nossa amostra, terem um valor superior aos outros locais de contacto/prática direta com o doente, parece demonstrar que os enfermeiros que ensinam Enfermagem têm uma maior sensibilidade para as questões espirituais e que na prática, muitas vezes os enfermeiros descuidam estes cuidados, como salientamos anteriormente segundo a análise feita por Narayanasamy (39).

Leeuwen quando valida a SCCS refere que “various aspects of spirituality may differ across the settings in which nurses work” (21). Por isso, está claro que o local onde o enfermeiro exerce a sua profissão influencia as competências que o mesmo tem para o cuidado espiritual. Também salientamos, como foi referido anteriormente, que os enfermeiros que trabalham em Escolas de Enfermagem têm uma idade média superior aos que trabalham em outros locais.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em ‘Outro local’ é superior ao dos que trabalham nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 6.37 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.801 a 40.806).

Em relação à nossa amostra podemos constatar: os enfermeiros que responderam ‘Outro local’ são apenas 6%. Ao questionarmos ‘Outro local’ foi pelo conhecimento que temos de os enfermeiros prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados. Não consideramos este resultado significativo no nosso estudo.

- **Nível acadêmico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.578 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.346 a 0.980). Inferimos que a aquisição de competências para a prestação de cuidados espirituais foi apreendida na formação do próprio enfermeiro seja ela académica ou não.

Vários autores, como já mencionámos, apontam para a importância da aprendizagem dos estudantes de Enfermagem de como prestar cuidado espiritual, o que implica a aquisição de competências para esse cuidado. Podemos assim com este pensamento corroborar Leeuwen que afirma que: “Nursing students must learn to provide spiritual care in a systematic way. Curriculum components, for instance those addressing the nursing process and communication skills, should also address the variety of spiritual expressions in the patient’s behaviour.” (21 p. 50). Esta é uma competência que não pode ser descurada desde a licenciatura em Enfermagem, para que o cuidado espiritual se torne uma realidade na prática quotidiana dos enfermeiros.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são de Outra religião é superior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 10.914 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 2.233 a 197.385). Na realidade portuguesa como já referimos a maioria da população é católica, como nos apresenta o INE (130). Seria de alguma forma previsível que os católicos apresentassem um grau mais elevado de concordância entre si, no entanto, o grau de concordância mais elevado surge em ‘Outra religião’ que representa 4,8% da nossa amostra não nos permitindo validar a resposta.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Uma vez por semana é inferior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.387 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.159 a 0.987). Este resultado que advém da leitura de literatura religiosa que de alguma forma parece surpreender, pelo facto de que a regularidade de leitura semanal, aparentemente traria maior competência ao enfermeiro para a prestação de cuidado espiritual. No entanto, parece-nos que seria oportuno perceber o que os inquiridos entendem por literatura religiosa. Este será um bom projeto para futuros estudos e assim se poderá clarificar melhor estes níveis de concordância.

Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por mês). A tabela 18 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 18 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância no item 'Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.559	0.042	[0.039,1.122]	1.748	[1.040,3.072]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.678	0.037	[-1.301,-0.019]	0.507	[0.272,0.981]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 8.7 (2 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0.013, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente da frequência de rezar em privado Uma vez por mês, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.748 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.040 a 3.072). Os profissionais que trabalharam nas Escolas de Enfermagem, demonstram uma maior sensibilidade para as questões espirituais do que os enfermeiros que estão directamente na prestação de cuidados ao doente. Estes enfermeiros têm uma média de idade superior aos enfermeiros dos outros locais de trabalho, inferindo que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao reconhecimento da espiritualidade/religião do outro.
- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estima-

do, o grau de concordância dos primeiros é 0.507 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.272 a 0.981). Este resultado, relacionado com a frequência da oração, confirma que a prática da oração ajuda a reconhecer a espiritualidade no outro. Como a reconhece em si na relação com um ser Superior, também reconhece que cada pessoa a pode encontrar no outro. No entanto, parece-nos que seria pertinente perceber o que os inquiridos entendem por rezar, pois sabemos que a oração pode ter diversas formas e expressões, podendo assim clarificar-se melhor estes níveis de concordância.

Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Nunca). A tabela 19 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui a estimativa do parâmetro, o respectivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%), assim como o correspondente “odds ratio” e o seu intervalo de confiança (a 95%).

Tabela 19 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: ‘Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente’ Resultados de estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Ler literatura religiosa – Nunca	0.623	0.022	[0.093,1.164]	1.865	[1.097,3.203]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 5.3 (1 grau de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0.021, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem

concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da frequência de ler literatura religiosa ser ‘Nunca’, ou seja, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que nunca leem literatura religiosa é superior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.865 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.097 a 3.203). No que se refere à **leitura de literatura religiosa**, constatamos que os que ‘nunca leem’ apresentam um grau de concordância superior, o que nos permite concluir que quem não lê provavelmente não é crente ou, pelo menos, não dá tanta atenção à religião como quem lê. Por isso, quem não lê não é tão religioso como quem lê e portanto não vai impor a sua espiritualidade/religião. Pelo contrário, quem lê é mais crente, é mais activo na sua fé, tem maior religiosidade e é natural que procure de alguma forma impor a sua fé, a sua espiritualidade/religião ao paciente. Pela realidade de um não aprofundamento de literatura religiosa, esse ‘Nunca lê’ faz com que o próprio não imponha aos outros ideias religiosas por não as conhecer.

Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Algumas vezes por semana). A tabela 20 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 20 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente - Resultados da Estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Nível acadêmico – Licenciatura	-0.616	0.010	[-1.094,-0.151]	0.540	[0.335,0.860]
Nível acadêmico – Mais que licenciatura	-0.679	0.023	[-1.267,-0.097]	0.507	[0.282,0.907]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.955	0.001	[-1.539,-0.381]	0.385	[0.215,0.683]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.458	0.026	[-0.861,-0.056]	0.633	[0.423,0.945]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 15.4 (4 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0.015, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma decrescente de todas as variáveis, ou seja:

- **Nível acadêmico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.54 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.335 a 0.86). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências em Mais que a licenciatura é 0.507 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de

0.282 a 0.907). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências é 0.385 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.215 a 0.683). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram num nível de Mais que licenciatura, os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Sem curso ou Bacharelato), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Conclui-se que a formação confere ao enfermeiro uma maior apetência para uma maior consciência de si e dos seus limites; por consequência, isso permite ter uma melhor competência na prestação de cuidado espiritual.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.633 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.423 a 0.945). Este resultado, relacionado com a frequência da oração, confirma que esta influencia a competência para o cuidado espiritual em Enfermagem.

Sou capaz de escutar ativamente a “história de vida” do paciente estabelecendo a relação com a sua doença/deficiência.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a Idade, o local de trabalho atual (distinguindo-se o ‘Outro local’), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por semana e Algumas vezes por mês). A tabela 21 mostra os resultados da

estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 21 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância no item: 'Sou capaz de escutar ativamente a "história de vida" do paciente estabelecendo a relação com a sua doença/deficiência' - Resultados da Estimação do Modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.021	0.024	[0.003,0.039]	1.021	[1.003,1.040]
Outro local de trabalho	1.279	0.003	[0.479,2.182]	3.592	[1.614,8.861]
Nível académico – Licenciatura	-0.945	≅0.000	[-1.474,-0.438]	0.389	[0.229,0.646]
Nível académico – Mais que licenciatura	-0.653	0.040	[-1.282,-0.034]	0.521	[0.277,0.966]
Nível académico – Não adquiriu	-1.327	≅0.000	[-1.956,-0.715]	0.265	[0.141,0.489]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.876	0.011	[-3.337,-0.462]	0.153	[0.036,0.630]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-0.514	0.027	[-0.971,-0.060]	0.598	[0.379,0.942]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 57.9 (9 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da idade, de o local de trabalho atual ser 'Outro local' e de forma decrescente de o nível académico em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser a licenciatura, mais que a licenciatura ou não adquiriu e de a frequência de rezar em privado ser uma vez por semana ou algumas vezes por mês, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com

efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.021 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.021 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.003 a 1.04). Com este estudo, confirma-se que o aumento da idade é um factor que traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual o que corrobora a investigação de Leeuwen que afirma: “Older nurses with more experience of life and work seem more open to aspects of spirituality in care” (21 p. 27).

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em ‘Outro local’ é superior ao dos que trabalham em qualquer dos outros locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que trabalham em ‘Outro local’ é 3.592 vezes o dos que trabalham em qualquer dos outros locais (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.614 a 8.861). Em relação à nossa amostra podemos atender que os enfermeiros que responderam ‘Outro local’ são apenas 6%. Ao questionarmos ‘Outro local’ foi pelo conhecimento que temos dos enfermeiros atualmente prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.389 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.229 a 0.646). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências em Mais que a licenciatura é 0.521 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de con-

cordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.277 a 0.966). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências para o cuidado espiritual é 0.265 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.141 a 0.489). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura, os que as adquiriram num nível de Mais que licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Nenhum ou Bacharelato), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Conclui-se que um nível académico mais elevado ou outra formação confere ao enfermeiro uma maior capacidade de escuta ativa da 'história de vida' do outro, relacionando-a com os cuidados espirituais.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana ou Algumas vezes por mês é inferior ao do grupo dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por semana é 0.153 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.036 a 0.63). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Algumas vezes por mês é 0.598 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.379 a 0.942). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que os que rezam Algumas vezes por mês e, por fim, os que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Este resultado, relacionado com a frequência da oração, confirma que esta influencia a competência para o cuidado espiritual em Enfermagem, no entanto, parece-nos que seria pertinente perceber o que os inquiri-

dos entendem por rezar; assim poder-se-á ter uma percepção mais clara destes resultados.

Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (demonstrando preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade, pessoal).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC e a Escola de Enfermagem) e o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu). A tabela 22 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 22 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (demonstrando preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade pessoal.'
Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – UCC	-0.518	0.030	[-0.987,-0.047]	0.596	[0.373,0.954]
Local anterior – Escola de Enfermagem	1.208	≅0.000	[0.729,1.719]	3.346	[2.073,5.578]
Nível académico – Licenciatura	-0.868	0.002	[-1.432,-0.335]	0.420	[0.239,0.715]
Nível académico – Mais que licenciatura	-0.807	0.020	[-1.495,-0.133]	0.446	[0.224,0.876]
Nível académico – Não adquiriu	-1.092	0.001	[-1.749,-0.456]	0.336	[0.174,0.633]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 49.4 (6 graus de liberdade), conduzindo a

um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo de enfermeiros que a exerceram no Hospital, no Centro de saúde ou em ‘Outro local’ que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que exerceram a profissão na UCC é 0.596 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.373 a 0.954). Pelo contrário, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que exerceram a profissão nas Escolas de Enfermagem é 3.346 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 2.073 a 5.578). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão nas Escolas de Enfermagem é o mais elevado, seguindo-se o grupo dos que a exerceram no Hospital, no Centro de saúde ou em ‘Outro local’ que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram em UCC que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, atendemos que estes são os que têm uma média de idade superior aos dos que trabalham em outros locais de trabalho, inferindo que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao reconhecimento/aceitação da espiritualidade/religião do outro.

Surgiram algumas inquietações ao constatar que os enfermeiros em UCC, apresentavam um menor grau de concordância entre si. Numa análise mais profunda da caracterização da amostra, destacamos que neste grupo não encontramos enfermeiros com mais de 15 anos de exercício, e até aos 3 anos de exercício profissional nestas unidades temos unicamente 8,3% da nossa amostra o que não nos permite tirar conclusões.

- **Nível acadêmico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que as adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.42 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.239 a 0.715). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências em Mais que a licenciatura é 0.446 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.224 a 0.876). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências para o cuidado espiritual é 0.336 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.174 a 0.633). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura, os que as adquiriram num nível de Mais que licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutro nível (Sem curso ou Bacharelato), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Quanto ao nível académico, apresentar o mais baixo grau de concordância ‘Não adquiriu’, podemos concluir que a aquisição de competências para o cuidado espiritual é vista pelos enfermeiros como adquirido, num nível de ensino/aprendizagem seja académico ou não.

Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância

adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o tempo de exercício profissional, o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Nunca). A tabela 23 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 23 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos No grau de concordância do item: 'Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente' Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Tempo de exercício profissional	0.037	≅0.000	[0.021,0.054]	1.038	[1.021,1.056]
Nível académico – Licenciatura	-0.561	0.004	[-0.940,-0.186]	0.570	[0.391,0.831]
Nível académico – Não adquiriu	-1.124	≅0.000	[-1.624,-0.628]	0.325	[0.197,0.534]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.493	0.004	[-0.829,-0.159]	0.611	[0.436,0.853]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 56.3 (4 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente do tempo de exercício profissional e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Tempo de exercício profissional**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido ao do tempo, ou seja, à medida que o tempo aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.038 vezes por cada ano de tempo de exercício profissional adicional

(mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.038 por cada ano de tempo de exercício profissional que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.021 a 1.056).

Quanto maior o tempo de exercício profissional mais competências são adquiridas para o cuidado espiritual; a transmissão oral e/ou escrita está inerente ao processo de Enfermagem, daí que se depreende que um maior tempo de exercício profissional valoriza esta dimensão nos cuidados espirituais.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.57 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.391 a 0.831). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências é 0.325 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.197 a 0.534). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Sem curso, Bacharelato ou em Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Os enfermeiros reconhecem que não adquirir competências para o cuidado espiritual os impede de transmitir a outros, oralmente ou por escrito, as necessidades espirituais do paciente. Depreendemos que há consciência de uma necessidade/existência de aquisição de competências para o cuidado espiritual por parte dos enfermeiros.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Nunca rezam é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.611 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.436 a 0.853).

Aqui podemos constatar que os que Nunca rezam têm um nível de concordância inferior a todos os outros. Denota-se uma diferença entre estes resultados e outros que já foram apresentados referentes à oração. No entanto, esta questão apresenta uma clareza do momento de oração, pensamos que por isso transporta consigo uma objectividade maior nas respostas.

Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC), o local de trabalho atual (distinguindo-se o Centro de saúde), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu), a frequência da participação em serviços religiosos (distinguindo-se Mais de uma vez por semana, Uma vez por semana, Duas a três vezes por mês, Uma vez por mês, Uma a duas vezes por ano e Nunca), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por semana e Uma vez por mês) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Duas vezes por dia). A tabela 24 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 24 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais' Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.029	0.001	[0.011,0.046]	1.029	[1.012,1.047]
Local anterior – UCC	-0.556	0.017	[-1.013,-0.098]	0.574	[0.363,0.908]
Centro de saúde	-0.560	0.036	[-1.082,-0.035]	0.571	[0.339,0.966]
Nível acadêmico – Licenciatura	-0.446	0.021	[-0.826,-0.070]	0.640	[0.438,0.933]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-1.054	≅0.000	[-1.558,-0.552]	0.349	[0.211,0.576]
Serviços religiosos – Mais de uma vez por semana	-2.867	≅0.000	[-4.568,-1.435]	0.057	[0.010,0.238]
Serviços religiosos – Uma vez por semana	-3.149	≅0.000	[-4.823,-1.775]	0.043	[0.008,0.170]
Serviços religiosos – Duas a três vezes por mês	-3.014	≅0.000	[-4.716,-1.598]	0.049	[0.009,0.202]
Serviços religiosos – Uma vez por mês	-2.780	≅0.000	[-4.462,-1.396]	0.062	[0.012,0.248]
Serviços religiosos – Uma a duas vezes por ano	-3.260	≅0.000	[-4.909,-1.928]	0.038	[0.007,0.145]
Serviços religiosos – Nunca	-3.355	≅0.000	[-5.050,-1.955]	0.035	[0.006,0.142]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.402	0.017	[-2.568,-0.234]	0.246	[0.077,0.791]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.779	0.008	[-1.355,-0.202]	0.459	[0.258,0.817]
Rezar ou dar graças – Duas vezes por dia	-2.373	0.010	[-4.236,-0.498]	0.093	[0.015,0.608]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 96.6 (14 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.029 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.029 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.012 a 1.047).

Verificamos que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Confirma-se assim, que enfermeiros mais velhos têm uma maior capacidade de cuidar as necessidades/problemas espirituais.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao dos que a exerceram num qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.574 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.363 a 0.908).

Surgiram algumas inquietações ao constatar que os enfermeiros em UCC, apresentavam um menor grau de concordância entre si. Numa análise mais profunda da caracterização da amostra, que neste grupo não encontramos enfermeiros com mais de 15 anos de exercício, e até aos 3 anos de exercício profissional nestas unidades temos unicamente 8,3% da nossa amostra o que não nos permite tirar conclusões.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro de saúde é inferior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.571 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.339 a 0.966).

A questão de que no Centro de Saúde exista um nível de concordância inferior, compreende-se pela especificidade e pelas funções desempenhadas por estes profissionais a nível dos cuidados de saúde primários, uma vez que aí existe um menor contacto/relação com os pacientes, em virtude de não estarem ao cuidado destes profissionais a tempo inteiro como no internamento.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.64 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.438 a 0.933). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências é 0.349 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.211 a 0.576). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Sem curso, Bacharelato ou em Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Os enfermeiros reconhecem que não ter adquirido competências para o cuidado espiritual implica uma maior dificuldade para atender às necessidades espirituais do paciente. É ser significativo que o cuidado espiritual em Enfermagem seja apreendido, ainda que numa primeira fase, com um estudo académico.

- **Frequência da participação em serviços religiosos**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Mais de uma vez por semana é inferior ao dos que participam Todos os dias. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.057 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis

veis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.010 a 0.238). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por semana é 0.043 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.008 a 0.170). Conclui-se também que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Duas a três vezes por mês é 0.049 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.009 a 0.202). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por mês é 0.062 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.012 a 0.248). Conclui-se da mesma forma que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma a duas vezes por ano é 0.038 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.007 a 0.145). Finalmente conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Nunca é 0.035 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.006 a 0.142). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Nunca é o mais baixo, seguindo-se os que participam Uma a duas vezes por ano, os que participam Uma vez por semana, os que participam Duas a três vezes por mês, os que participam Mais de uma vez por semana, os que participam Uma vez por mês e, os que participam todos os dias que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se por um lado que só a participação muito frequente em serviços religiosos (todos os dias) consegue aumentar substancial-

mente (em relação a qualquer outra frequência de participação) a capacidade dos enfermeiros para cuidarem das necessidades/problemas espirituais do paciente e, por outro, que a participação apenas ocasional ou inexistente prejudica substancialmente esta capacidade. As participações intermédias conduzem a um nível também intermédio e próximo (umas das outras) desta capacidade, sem padrão definido (ou seja, não existe um sentido de variação definido em função da frequência da participação, observando-se pelo contrário aumentos e diminuições).

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana ou Uma vez por mês é inferior ao do grupo dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por semana é 0.246 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.077 a 0.791). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por mês é 0.459 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.258 a 0.817). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês e, os que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com pouca frequência não favorece a capacidade de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Duas vezes por dia é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.093 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de

confiança este valor pode variar de 0.015 a 0.608. Salientamos que a frequência de rezar antes ou depois das refeições se reporta a uma amostra de 4 pessoas, sendo 0,7% da nossa amostra o que não se revela significativo para o nosso estudo.

Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se o ‘Outro local’), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Algumas vezes por semana e Uma vez por semana). A tabela 25 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 25 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.036	≅0.000	[0.018,0.054]	1.036	[1.018,1.055]
Local anterior – ‘Outro local’	0.415	0.040	[0.020,0.813]	1.514	[1.020,2.255]
Nível académico – Licenciatura	-0.809	0.001	[-1.283,-0.339]	0.445	[0.277,0.713]
Nível académico – Mais que licenciatura	-0.774	0.009	[-1.360,-0.194]	0.461	[0.257,0.823]
Nível académico – Não adquiriu	-1.183	≅0.000	[-1.770,-0.601]	0.306	[0.170,0.549]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.755	0.015	[-1.368,-0.147]	0.470	[0.255,0.863]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.615	0.049	[-1.234,-0.002]	0.540	[0.291,0.998]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.350	0.039	[-2.618,-0.056]	0.259	[0.073,0.946]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.109	0.001	[-1.760,-0.465]	0.330	[0.172,0.628]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.281	0.001	[-2.044,-0.522]	0.278	[0.130,0.593]
Rezar em privado – Nunca	-1.168	0.001	[-1.830,-0.512]	0.311	[0.160,0.599]
Ler literatura religiosa – Algumas vezes por semana	-0.943	0.001	[-1.654,-0.228]	0.390	[0.191,0.796]
Ler literatura religiosa – Uma vez por semana	-0.874	0.036	[-1.688,-0.054]	0.417	[0.185,0.947]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 70.1 (13 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de o local

anterior de exercício da profissão ser 'Outro local' e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.036 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.036 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.018 a 1.055). Podemos assim reafirmar que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual, como referiu Newman chamando a esta evolução uma expansão da consciência pessoal (41).

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram em 'Outro local' é superior ao dos que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.514 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.020 a 2.255). Em relação à nossa amostra podemos constatar: os enfermeiros que responderam 'Outro local' são apenas 6%. Ao questionarmos 'Outro local' foi pelo conhecimento que temos de os enfermeiros prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados. Não consideremos este resultado significativo no nosso estudo.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.445 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o in-

tervalo de confiança este valor pode variar de 0.277 a 0.713). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências em Mais que a licenciatura é 0.461 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.257 a 0.823). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências é 0.306 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.170 a 0.549). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura, os que as adquiriram num nível de Mais que licenciatura e, os que as adquiriram noutra nível (Nenhum nível académico ou Bacharelato), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Podemos assim inferir que o nível académico ou outras formações conferem ao enfermeiro a consciencialização da sua capacidade para atender às necessidades/problemas espirituais do paciente, ainda que para tal, necessite recorrer à equipa multidisciplinar.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.47 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.255 a 0.863). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.54 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.291 a 0.998). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com

efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.259 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.073 a 0.946). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.33 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.172 a 0.628). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.278 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.130 a 0.593). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que Nunca rezam é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.311 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.160 a 0.599). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as maiores frequências conduzem aos maiores graus neste item (e que, em contrapartida, as menores frequências conduzem aos menores graus neste item). Temos de atender que, quando nos referimos à frequência de rezar em privado uma vez por semana, na nossa amostra, encontramos 10 pessoas o que corresponde a 1,8% da amostra total o que não se considera significativo.

- **Leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Algumas vezes por semana ou Uma vez por semana é inferior ao do grupo dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Algumas vezes por semana é 0.39 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.191 a 0.796). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Uma vez por semana é 0.417 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.185 a 0.947). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Algumas vezes por semana é o mais baixo, seguindo-se os que leem Uma vez por semana e, por fim, os que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Este resultado que apresenta a regularidade de leitura semanal e que aparentemente traria uma maior competência ao enfermeiro para a prestação de cuidado espiritual. No entanto, parece-nos que seria oportuno perceber o que os inquiridos entendem por literatura religiosa. Também salientamos no que se refere às pessoas que leem algumas vezes por semana estas são 6,6% da nossa amostra e as que leem uma vez por semana são 4,4%.

Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de Enfermagem.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por mês) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Nunca). A tabela 26 mos-

tra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 26 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de enfermagem' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.046	≅0.000	[0.028,0.064]	1.047	[1.028,1.066]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.459	0.030	[0.047,0.876]	1.583	[1.048,2.400]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.616	0.029	[-1.169,-0.062]	0.540	[0.311,0.940]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.408	0.013	[-0.732,-0.087]	0.664	[0.481,0.917]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 87.1 (7 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de a frequência de rezar em privado ser Uma vez por mês e de a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa ser Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.047 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.047 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.028 a 1.066). Podemos assim reafirmar que a idade é um factor que

pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual e neste caso concreto para o registo no plano de cuidados de Enfermagem da dimensão espiritual do cuidar.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.583 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.048 a 2.4). Os profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, ensinam aos estudantes o cuidado holístico e a implementar o plano de cuidados de Enfermagem que implica todas as dimensões da pessoa. Estes enfermeiros são também os que têm uma média de idade superior aos dos outros locais de trabalho, inferindo que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao cuidar da espiritualidade/religião do outro.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.54 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.311 a 0.940). Este resultado não nos permite perceber como a frequência do rezar em privado influencia o registo dos cuidados espirituais por parte do enfermeiro, pois pelos resultados acima apresentados ‘Uma vez por mês’ é inferior, no entanto, só 8,8% da nossa amostra se encontra nesta assiduidade de oração.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.664 vezes o

dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.481 a 0.917). Aqui podemos constatar que os que ‘Nunca’ rezam têm um nível de concordância inferior a todos os outros. Esta oração restringida às refeições pela sua especificidade parece evidenciar uma resposta mais objectiva. Podemos também salientar, que os enfermeiros que rezam às refeições com alguma frequência têm uma capacidade para registar a componente espiritual do cuidar, pois para eles é importante essa componente.

Sou capaz de dar a conhecer por escrito o funcionamento espiritual do paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Uma vez por dia). A tabela 27 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 27 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de dar a conhecer por escrito o funcionamento espiritual do paciente' Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.032	0.001	[0.0137, 0.050]	1.032	[1.014,1.051]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.612	0.005	[0.1887, 1.041]	1.845	[1.208,2.831]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.671	0.002	[-1.087,-0.257]	0.511	[0.337,0.774]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-1.219	≅0.000	[-1.838,-0.608]	0.295	[0.159,0.544]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-1.089	0.001	[-1.714,-0.472]	0.337	[0.180,0.624]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.289	0.043	[-2.539,-0.026]	0.276	[0.079,0.975]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.233	≅0.000	[-1.871,-0.602]	0.291	[0.154,0.547]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.745	≅0.000	[-2.487,-1.011]	0.175	[0.083,0.364]
Rezar em privado – Nunca	-1.368	≅0.000	[-2.011,-0.732]	0.255	[0.134,0.481]
Ler literatura religiosa – Uma vez por dia	-1.005	0.034	[-1.935,-0.073]	0.366	[0.144,0.930]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 103.9 (13 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.032 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, au-

menta 0.032 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.014 a 1.051). Podemos assim reafirmar que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual e que ajuda o enfermeiro a estar mais apto para escrever no processo de Enfermagem o que se refere à dimensão espiritual do paciente.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.845 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.208 a 2.831). Mais uma vez salientamos que, enfermeiros que trabalham nas Escolas de Enfermagem apresentam uma maior sensibilidade para as questões espirituais; eles ensinam os estudantes a fazer os registos de Enfermagem dum forma pormenorizada, e a ter presente todo o ser da pessoa. Estes enfermeiros são também os que têm uma média de idade superior aos enfermeiros dos outros locais de trabalho, inferindo que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao cuidar da espiritualidade/religião do outro.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.511 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.337 a 0.774). Os enfermeiros reconhecem assim que para fazerem registo escrito do funcionamento espiritual do doente necessitaram de adquirir conhecimentos num nível académico. Portanto os que

dizem que não adquiriram competências apresentam um grau de concordância inferior e terão maior dificuldade para escrever as questões espirituais referentes ao paciente.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.295 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.159 a 0.544). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.337 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.18 a 0.624). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.276 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.079 a 0.975). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.291 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.154 a 0.547). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.175 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.083 a 0.364). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nun-

ca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.255 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.134 a 0.481). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se os que os que rezam Nunca, os que rezam Uma vez por semana, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as maiores frequências conduzem aos maiores graus neste item (e que, em contrapartida, as menores frequências conduzem aos menores graus neste item).

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Uma vez por dia é inferior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.366 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.144 a 0.93). Os enfermeiros que leem uma vez por dia no nosso estudo são 3,3% da nossa amostra o que não se revela significativo para retirarmos daqui elações, no entanto um esclarecimento sobre o tipo de literatura religiosa poderia ajudar a clarificar este ponto.

Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC e a Escola de Enfermagem), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (disting-

guindo-se a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu), a religião (distinguindo-se os Agnósticos), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Algumas vezes por mês e Nunca). A tabela 28 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 28 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – UCC	-0.585	0.012	[-1.043,-0.127]	0.557	[0.352,0.881]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.885	≅0.000	[0.468,1.307]	2.423	[1.598,3.694]
Nível académico – Licenciatura	-0.836	≅0.000	[-1.307,-0.371]	0.434	[0.271,0.690]
Nível académico – Mais que licenciatura	-0.747	0.013	[-1.342,-0.157]	0.474	[0.261,0.855]
Nível académico – Não adquiriu	-1.761	≅0.000	[-2.347,-1.182]	0.172	[0.096,0.307]
Religião – Agnóstico	-0.795	0.043	[-1.562,-0.023]	0.452	[0.210,0.978]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.988	0.002	[-1.619,-0.372]	0.372	[0.200,0.689]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-1.347	≅0.000	[-1.978,-0.723]	0.260	[0.138,0.485]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-2.224	0.001	[-3.483,-0.928]	0.108	[0.031,0.396]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-0.990	0.005	[-1.678,-0.307]	0.371	[0.187,0.736]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.651	≅0.000	[-2.460,-0.847]	0.192	[0.085,0.429]
Rezar em privado – Nunca	-1.366	≅0.000	[-2.133,-0.604]	0.255	[0.118,0.546]
Ler literatura religiosa – Algumas vezes por mês	0.719	0.026	[0.088,1.356]	2.052	[1.092,3.881]
Ler literatura religiosa – Nunca	0.468	0.039	[0.024,0.913]	1.597	[1.025, 2.493]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 108.3 (17 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e da frequência de leitura de literatura religiosa ser Algumas vezes por mês ou Nunca, e de forma decrescente de o local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser a Licenciatura, Mais que licenciatura ou Não adquiriu, de a religião ser Agnóstico e de a frequência de rezar em privado ser Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês ou Nunca, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com excepção da Escola de Enfermagem e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.557 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.352 a 0.881). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com excepção da UCC e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.423 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.598 a 3.694). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão na Escola de Enfermagem é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram em todos os restantes locais com excepção da UCC, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, como temos vindo

a destacar pelo seu desenvolvimento de conhecimento para o ensino, confere-lhes apen-
tências para falar sobre a dimensão espiritual do cuidado. Constatamos que os enfermei-
ros em UCC, apresentam um menor grau de concordância entre si, o que leva a pensar
nesta dificuldade para a expressão oral do funcionamento espiritual; de facto, vários
fatores poderão ter impacto neste sentido, seja pela rotina que se pode gerar nestes lo-
cais de trabalho, ou pelo contacto quase constante com a morte ou a sua iminência que
de alguma forma pode desvalorizar as questões espirituais focando-se mais nas questões
físicas de alívio da dor e/ou sofrimento.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espiri-
tuais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Li-
cenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as ad-
quiriram no Bacharelato que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o
modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenci-
atura é 0.434 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o
que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o in-
tervalo de confiança este valor pode variar de 0.271 a 0.69). De forma semelhante, con-
clui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiri-
ram competências em Mais que a licenciatura é 0.474 vezes o do segundo grupo (man-
tendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos
primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de
0.261 a 0.855). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de con-
cordância dos que não adquiriram competências é 0.172 vezes o do segundo grupo
(mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância
dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar
de 0.096 a 0.307). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros
que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na
Licenciatura, os que as adquiriram num nível de Mais que licenciatura e, por fim, os que
as adquiriram noutra nível (Sem curso ou Bacharelato), que não se distinguem entre si e
que têm o maior grau de concordância. Depreendemos deste resultado que os enfermei-
ros tomam consciência de que um nível académico ou outra formação confere capacida-

des para falar sobre a dimensão espiritual do paciente. Portanto os que não adquiriram competências apresentam um grau de concordância inferior e têm maior dificuldade para falar sobre as questões espirituais referentes ao paciente.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são Agnósticos é inferior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.452 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.21 a 0.978). Os agnósticos são aqueles que professam o agnosticismo e como nos diz Sesboué é a “Doutrina que afirma a impossibilidade de o homem conhecer tudo o que está para além da experiência imediata, em particular, a existência de Deus e o sentido da vida humana” (131 p. 21). Os agnósticos afirmam a impossibilidade do homem conhecer tudo que vá para além dos limites do tempo presente, daí que seja difícil aceitarem as questões espirituais do paciente e consequentemente não fale sobre as mesmas. No que se refere à espiritualidade/religião, o agnóstico tem dificuldade em verbalizar questões espirituais.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.372 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.2 a 0.689). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.26 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.138 a 0.485). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com

efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.108 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.031 a 0.396). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.371 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.187 a 0.736). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.192 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.085 a 0.429). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.255 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.118 a 0.546). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as maiores frequências conduzem aos maiores graus neste item, embora exista a excepção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância). Rezar com maior frequência ajuda a olhar e a falar sobre a espiritualidade/religião do outro. No que se refere aos que rezam ‘uma vez por semana’ este facto poderá estar associado

a algum rito religioso que tenha essa periodicidade, cuja participação pode não ajudar a aprofundar a dimensão espiritual mas passar apenas pelo cumprimento de um ritual.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Algumas vezes por mês ou Nunca é superior ao do grupo dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Algumas vezes por mês é 2.052 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.092 a 3.881). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Nunca é 1.597 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.025 a 2.493). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Algumas vezes por mês é o mais elevado, seguindo-se os que leem Nunca e, por fim, os que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e que têm o grau de concordância mais baixo. Este resultado que apresenta a regularidade de leitura semanal, aparentemente traria maior competência ao enfermeiro para a prestação de cuidado espiritual. No entanto, para esta especificidade da capacidade de transmitir oralmente o funcionamento espiritual do paciente, os resultados apontam para que regularidades díspares como ler ‘uma vez por mês’ ou ‘nunca’ tenham um maior grau de concordância. Contudo, parece-nos que seria oportuno perceber o que os inquiridos entendem por literatura religiosa.

Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC e a Escola de Enfermagem), o local de

trabalho atual (distinguindo-se a UCC), o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca). A tabela 29 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 29 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou efectivamente capaz de encaminhar o paciente para outro cuidador/profissional de Saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – UCC	-1.156	≅0.000	[-1.804,-0.509]	0.315	[0.165,0.601]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.636	0.002	[0.237,1.040]	1.890	[1.268,2.829]
UCC	0.874	0.035	[0.061,1.688]	2.395	[1.063,5.408]
Nível académico – Licenciatura	-0.394	0.037	[-0.766,-0.025]	0.674	[0.465,0.976]
Nível académico – Não adquiriu	-0.952	≅0.000	[-1.456,-0.450]	0.386	[0.233,0.637]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.853	0.005	[-1.452-0.262]	0.426	[0.234,0.769]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.907	0.002	[-1.495,-0.328]	0.404	[0.224,0.721]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-2.268	≅0.000	[-3.503,-0.999]	0.104	[0.030,0.368]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.166	≅0.000	[-1.798,-0.542]	0.312	[0.166,0.581]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.962	0.009	[-1.690,-0.241]	0.382	[0.185,0.786]
Rezar em privado – Nunca	-1.027	0.001	[-1.648,-0.413]	0.358	[0.192,0.661]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 83.5 (13 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou

seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem, de o local atual de trabalho ser a UCC, e de forma decrescente de o local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser a Licenciatura ou Não ter adquirido e de a frequência de rezar em privado ser Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês ou Nunca, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com exceção da Escola de Enfermagem e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.315 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.165 a 0.601). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com exceção da UCC que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.89 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.268 a 2.829). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão na Escola de Enfermagem é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram em todos os restantes locais com exceção da UCC, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, pelo seu desenvolvimento de conhecimento científico e sua adaptação para o ensino confere-lhe uma abertura à partilha de funções com outros profissionais/cuidadores no sentido de melhorar a qualidade de vida do paciente. Os enfermeiros que trabalharam em UCC, apresentam um menor grau de concordância entre si, mostrando assim a dificuldade que

tiveram nessa época em encaminhar o paciente no que se refere às suas necessidades espirituais.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na UCC é superior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.395 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.063 a 5.408). Os enfermeiros que atualmente trabalham em UCC, demonstram ter uma maior capacidade para encaminhar o paciente de forma satisfazer as suas necessidades espirituais.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.674 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.465 a 0.976). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram é 0.386 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.233 a 0.637). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Nenhum nível académico, Bacharelato ou em Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Os enfermeiros que não adquiriram competências para o cuidado espiritual, manifestam uma maior dificuldade para encaminhar os pacientes para outros cuidadores/profissionais.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.426 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.234 a 0.769). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.404 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.224 a 0.721). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.104 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.030 a 0.368). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.312 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.166 a 0.581). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.382 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.185 a 0.786). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.358 vezes o dos segundos

(mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.192 a 0.661). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se portanto, que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as maiores frequências (Mais de uma vez por dia, Uma vez por dia ou Algumas vezes por semana) conduzem à maior eficácia no que se refere ao encaminhamento do paciente para outros cuidadores/profissionais de acordo com as suas necessidades, embora exista a excepção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância).

Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz de atempada e efetivamente encaminhá-lo para outro profissional de saúde (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o tempo de exercício profissional, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o local de trabalho atual (distinguindo-se a UCC e a Escola de Enfermagem), e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Nunca). A tabela 30 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 30 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz atempadamente e efectivamente encaminhá-lo para outro profissional de saúde (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã)' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Tempo de exercício profissional	0.046	≅0.000	[0.025,0.067]	1.047	[1.025,1.069]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.780	0.022	[0.131,1.471]	2.182	[1.139,4.356]
Local atual - UCC	-0.882	0.003	[-1.468,-0.302]	0.414	[0.230,0.739]
Local atual - Escola de Enfermagem	-1.207	0.002	[-1.988,-0.459]	0.299	[0.137,0.632]
Rezar em privado – Nunca	-0.541	0.019	[-0.992,-0.090]	0.582	[0.371,0.914]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 60.9 (7 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente do Tempo de exercício profissional e de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem, e de forma decrescente de o local de trabalho atual ser a UCC e a Escola de Enfermagem e de a frequência de rezar em privado ser Nunca, ou seja:

- **Tempo de exercício profissional**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido ao do tempo, ou seja, à medida que o tempo aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.047 vezes por cada ano de tempo de exercício profissional adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.047 por cada ano de tempo de exercício profissional que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.025 a 1.069). Conclui-se assim que o aumento do tempo de exercício profissional ajuda o enfermeiro a estar atento às necessidades espirituais expressas e a dar-lhe res-

posta mesmo quando o pedido é de encaminhamento para outro profissional. Como já referimos as etapas apontadas por Benner levam a que um aumento de anos de experiência profissional leve a uma evolução até atingir a etapa em que o enfermeiro é designado por perito (18).

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.182 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.139 a 4.356). Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, estes demonstram uma maior sensibilidade para atender às necessidades do paciente, inclusivamente as necessidades espirituais.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na UCC ou na Escola de Enfermagem é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que trabalham na UCC é 0.414 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.23 a 0.739). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que trabalham na Escola de Enfermagem é 0.299 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.137 a 0.632). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na Escola de Enfermagem é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham na UCC e, por fim, os que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. De alguma forma este resultado parece coadunar-se com a prática, no concreto do dia-a-dia dos enfermeiros que trabalham em Escolas de Enfermagem

não realizarem este encaminhamento; e por tudo o que temos referido, os enfermeiros que trabalham em UCC têm uma maior dificuldade em atender às necessidades espirituais dos pacientes, o que mostra que os enfermeiros em exercício noutros locais executam este encaminhamento.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.582 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.371 a 0.914). Este resultado, relacionado com a frequência da oração, confirma que a prática da oração ajuda o enfermeiro a atender aos pedidos do doente no que se refere à dimensão espiritual, favorecendo a capacidade de perceber a pertinência do encaminhamento para outro profissional.

Sei quando devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se o Hospital e a Escola de Enfermagem), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se o Não adquiriu), a religião (distinguindo-se os Agnósticos e a Outra), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Algumas vezes por mês e Uma vez por mês) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Apenas em ocasiões especiais e Nunca). A tabela 31 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 31 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sei que devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.027	0.007	[0.007,0.046]	1.027	[1.007,1.047]
Local anterior – Hospital	0.752	0.001	[0.297,1.208]	2.121	[1.346,3.346]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.432	0.048	[0.006,0.862]	1.541	[1.006,2.368]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.756	0.001	[-1.203, -0.310]	0.469	[0.300,0.733]
Religião – Agnóstico	-1.141	0.002	[-1.848,-0.434]	0.319	[0.158,0.648]
Religião – Outra	-0.877	0.029	[-1.665,-0.082]	0.416	[0.189,0.921]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.552	0.028	[-1.046,-0.061]	0.576	[0.351,0.941]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.502	0.044	[-0.993,-0.015]	0.605	[0.371,0.987]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-0.575	0.031	[-1.098,-0.054]	0.563	[0.334,0.947]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.774	0.019	[-1.421,-0.127]	0.461	[0.241,0.880]
Rezar ou dar graças – Apenas em ocasiões especiais	-0.784	0.002	[-1.274,-0.299]	0.457	[0.280,0.742]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.764	0.001	[-1.235,-0.298]	0.466	[0.291,0.743]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 94.3 (13 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser o Hospital ou a Escola de Enfermagem, e de forma decrescente de o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser ‘Não adquiriu’, de a religião ser Agnóstico ou Outra, de a frequência de rezar em privado ser Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Algu-

mas vezes por mês ou Uma vez por mês e de a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa ser Apenas em ocasiões especiais ou Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.027 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.027 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.007 a 1.047). Podemos assim reafirmar que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual e que neste caso concreto leva à procura de um perito espiritual.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram no Hospital ou na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que exerceram a profissão no Hospital é 2.121 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.346 a 3.346). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é 1.541 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.006 a 2.368). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão no Hospital é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram na Escola de Enfermagem e, por fim, os que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância. Quanto aos profissionais que trabalham no Hospital e nas Escolas de Enfermagem, os primeiros são aqueles que mais podem ser colocados diante da necessidade de procurar um perito espiritual pela sua própria ação; os enfermeiros em Escolas de Enfermagem, pela sua

formação e prática têm mais abertura para a procura da complementaridade junto de outros profissionais, isto também se aplica pelo que depreendemos no que se refere a peritos espirituais.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.469 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.3 a 0.733). Conclui-se que o nível académico ou outra formação confere ao enfermeiro uma maior sabedoria, que lhe permite saber os seus limites e por isso, quando necessita busca ajuda de um perito espiritual no sentido da sua própria prestação de cuidado espiritual ao paciente.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são Agnósticos ou de Outra religião é inferior ao do grupo dos que são das restantes religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos Agnósticos é 0.319 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.158 a 0.648). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos enfermeiros de Outra religião é 0.416 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.189 a 0.921). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros Agnósticos é o mais baixo, seguindo-se os que são de Outra religião e, por fim, os que são das restantes religiões que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. A pertença a uma religião ajuda a perceber a existência de peritos espirituais e que estes podem colaborar com o enfermeiro na prestação de cuidados espirituais.

• **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Algumas vezes por mês ou Uma vez por mês é inferior ao do grupo dos que rezam Mais de uma vez por dia, Uma vez por semana ou Nunca que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por dia é 0.576 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.351 a 0.941). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Algumas vezes por semana é 0.605 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.371 a 0.987). Conclui-se também que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Algumas vezes por mês é 0.563 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.334 a 0.947). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por mês é 0.461 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.241 a 0.880). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana e, por fim, o grupo dos que rezam Mais de uma vez por dia, Uma vez por semana ou Nunca, que não se distinguem entre si e têm o grau de concordância mais elevado.

No que se refere à periodicidade da oração, vemos que existe alguma disparidade nos resultados, parece-nos pertinente perceber o que os inquiridos entendem por rezar, pois sabemos que a oração pode ter diversas formas e expressões, podendo assim clarificar-se melhor estes níveis de concordância.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Apenas em ocasiões especiais ou Nunca é inferior ao do grupo dos enfermeiros que rezam ou dão graças com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Apenas em ocasiões especiais é 0.457 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.28 a 0.742). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Nunca é 0.466 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.291 a 0.743). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Apenas em ocasiões especiais é o mais baixo, seguindo-se os que rezam ou dão graças Nunca (cujo grau de concordância está muito próximo do grau daqueles) e, por fim, os que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e têm o grau de concordância mais elevado. Portanto, as frequências mais baixas de rezar ou dar graças conduzem a um menor grau de concordância. Assim se depreende que este tipo de oração ajuda a reconhecer a existência de uma dimensão espiritual, assim como a existência de peritos espirituais a quem se pode recorrer quando houver necessidade, em função da prestação do cuidado espiritual.

Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência da participação em serviços religiosos (distinguindo-se

Mais de uma vez por semana, Uma vez por semana, Duas a três vezes por mês, Uma vez por mês, Uma a duas vezes por ano e Nunca), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Nunca). A tabela 32 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 32 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.478	0.019	[0.082, 0.879]	1.612	[1.085, 2.408]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.927	≅0.000	[-1.371,-0.484]	0.396	[0.254,0.616]
Serviços religiosos – Mais de uma vez por semana	-1.598	0.020	[-3.051,-0.308]	0.202	[0.047,0.735]
Serviços religiosos – Uma vez por semana	-2.070	0.002	[-3.473,-0.842]	0.126	[0.031,0.431]
Serviços religiosos – Duas a três vezes por mês	-1.791	0.009	[-3.245,-0.498]	0.167	[0.039,0.608]
Serviços religiosos – Uma vez por mês	-2.191	0.001	[-3.627,-0.921]	0.112	[0.027,0.398]
Serviços religiosos – Uma a duas vezes por ano	-2.169	0.001	[-3.569,-0.945]	0.114	[0.028,0.389]
Serviços religiosos – Nunca	-2.663	≅0.000	[-4.136,-1.344]	0.070	[0.016,0.261]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.915	0.005	[-1.550,-0.284]	0.401	[0.212,0.753]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-1.102	0.001	[-1.771,-0.435]	0.333	[0.170,0.647]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-2.990	≅0.000	[-4.262,-1.738]	0.050	[0.014,0.176]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.305	≅0.000	[-2.031,-0.585]	0.271	[0.131,0.557]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.840	≅0.000	[-2.689,-0.998]	0.159	[0.068,0.369]
Rezar em privado – Nunca	-1.416	0.001	[-2.222,-0.618]	0.243	[0.108,0.539]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.468	0.026	[-0.882,-0.058]	0.626	[0.414,0.944]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 147.5 (16 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros

permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.612 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.085 a 2.408). Quanto aos profissionais que trabalharam nas Escolas de Enfermagem, estes demonstram uma maior sensibilidade para atender às necessidades do paciente, inclusivamente as necessidades espirituais, daí que pareça fazer sentido que reconheçam em si a capacidade para a prestação de cuidados espirituais.
- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.396 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.254 a 0.616). Conclui-se que o nível académico ou outra formação confere ao enfermeiro uma maior capacidade para reconhecer as suas capacidades na prestação de cuidados espirituais e que aqueles enfermeiros que respondem que não adquiriram competências mostram uma maior dificuldade em serem capazes de prestar cuidados espirituais.
- **Frequência da participação em serviços religiosos**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Mais de uma vez por semana é inferior ao dos que participam Todos os dias. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.202 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de

acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.047 a 0.735). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por semana é 0.126 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.031 a 0.431). Conclui-se também que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Duas a três vezes por mês é 0.167 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.039 a 0.608). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por mês é 0.112 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.027 a 0.398). Conclui-se da mesma forma que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma a duas vezes por ano é 0.114 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.028 a 0.389). Conclui-se por fim que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Nunca é 0.07 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.016 a 0.261). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Nunca é o mais baixo, seguindo-se os que participam Uma vez por mês, os que participam Uma a duas vezes por ano, os que participam Uma vez por semana, os que participam Duas a três vezes por mês, os que participam Mais de uma vez por semana e, por fim, os que participam todos os dias que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se em primeiro lugar que só a participação muito frequente em serviços religiosos (todos os dias) consegue aumentar substancialmente (em relação a qualquer outra frequência de participação) a competência dos enfermeiros

para ser capaz de proporcionar cuidado espiritual. Com efeito, é notória a forte quebra do grau de concordância logo para a segunda maior frequência (Mais de uma vez por semana) em relação à primeira (Todos os dias), pois é apenas de 0.202 (aproximadamente um quinto). Reforçando esta conclusão, verifica-se que a diminuição da frequência da participação em serviços religiosos conduz geralmente a uma diminuição desta capacidade de proporcionar cuidado espiritual por parte dos enfermeiros, que atinge o seu grau mais baixo para os que nunca participam.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.401 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.212 a 0.753). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.333 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.131 a 0.557). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.05 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.014 a 0.176). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.271 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.131 a 0.557). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao

dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.159 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.068 a 0.369). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.243 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.108 a 0.539). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se portanto, que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente a capacidade reconhecida pelo enfermeiro para prestar cuidados espirituais e que as maiores frequências conduzem a maiores graus neste reconhecimento (e as menores frequências aos menores graus), embora exista a exceção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância).

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.626 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.414 a 0.944). Assim se deduz que este tipo de oração ajuda a reconhecer a capacidade para a prestação de cuidado espiritual por parte do enfermeiro.

Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei, tanto com o doente como na equipa disciplinar/multidisciplinar.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são a Idade, o Tempo de exercício profissional, o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Nunca). A tabela 33 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 33 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que presen-tei, tanto com o doente como na equipa multidisciplinar' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.103	0.005	[0.032,0.175]	1.108	[1.032,1.192]
Tempo de exercício profissional	-0.078	0.032	[-0.150,-0.007]	0.925	[0.861,0.993]
Nível académico – Licenciatura	-0.403	0.036	[-0.781,-0.028]	0.668	[0.458,0.973]
Nível académico – Não adquiriu	-1.125	≅0.000	[-1.629,-0.626]	0.325	[0.196,0.535]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.982	0.002	[-1.607,-0.365]	0.375	[0.200,0.694]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.704	0.031	[-1.349,-0.067]	0.495	[0.259,0.935]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.696	0.009	[-2.982,-0.408]	0.183	[0.051,0.665]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.122	0.001	[-1.799,-0.455]	0.326	[0.166,0.634]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.211	0.003	[-2.011,-0.418]	0.298	[0.134,0.659]
Rezar em privado – Nunca	-1.368	≅0.000	[-2.095,-0.650]	0.255	[0.123,0.522]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.574	0.005	[-0.972,-0.179]	0.563	[0.378,0.836]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 102.8 (12 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.108 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, au-

menta 0.108 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.032 a 1.192). Podemos assim reafirmar que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual, pelo que o enfermeiro mais velho apresenta uma maior capacidade para avaliar os cuidados espirituais prestados.

- **Tempo de exercício profissional**, conclui-se que o grau de concordância varia em sentido contrário ao do tempo, ou seja, à medida que o tempo aumenta, o grau de concordância diminui. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 0.925 vezes por cada ano de tempo de exercício profissional adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, diminui 0.075 por cada ano de tempo de exercício profissional que passa, o que mostra que o grau de concordância diminui por cada ano (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.861 a 0.993). Podemos depreender deste resultado que o aumento de anos de exercício profissional conduz a uma maior abertura para a dimensão espiritual; enfermeiros com mais anos de trabalho demonstram uma menor capacidade para avaliar os cuidados espirituais que prestam.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.668 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.458 a 0.973). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram é 0.325 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.196

a 0.535). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Sem curso, Bacharelato ou em Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Conclui-se que os enfermeiros reconhecem que o nível académico ou outra formação lhes confere capacidade para avaliar os cuidados espirituais que prestam.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.375 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.2 a 0.694). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.495 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.259 a 0.935). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.183 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.051 a 0.665). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.326 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.166 a 0.634). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado,

o grau de concordância dos primeiros é 0.298 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.134 a 0.659). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.255 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.123 a 0.522). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Nunca, os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente a capacidade para avaliar os cuidados espirituais prestados e que, quanto maior a frequência, maior é o grau de concordância nesta capacidade em geral, existindo a exceção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância).

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.563 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.378 a 0.836). Assim se deduz que este tipo de oração ajuda a reconhecer a capacidade para avaliar os cuidados espirituais prestados, seja com o próprio paciente como com a equipa multidisciplinar.

Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde (incluindo o cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância neste item são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC, a Escola de Enfermagem e o ‘Outro local’), o local de trabalho atual (distinguindo-se o Centro de saúde), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a religião (distinguindo-se o Agnóstico), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Algumas vezes por semana e Uma vez por mês) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Algumas vezes por mês). A tabela 34 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 34 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na Instituição de saúde' Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – UCC	-0.782	0.001	[-1.235,-0.334]	0.457	[0.291,0.716]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.939	≅0.000	[0.537,1.348]	2.557	[1.711,3.848]
Local anterior – Outro	0.397	0.050	[0.001,0.797]	1.487	[1.001,2.218]
Centro de saúde	-0.558	0.048	[-1.113,-0.005]	0.573	[0.328,0.995]
Nível académico – Não adquiriu	-0.667	0.003	[-1.114,-0.223]	0.513	[0.328,0.800]
Religião – Agnóstico	-1.282	≅0.000	[-1.952,-0.610]	0.277	[0.142,0.543]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.632	0.003	[-1.050,-0.217]	0.532	[0.350,0.805]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-0.819	0.008	[-1.422,-0.216]	0.441	[0.241,0.806]
Ler literatura religiosa – Algumas vezes por mês	0.734	0.013	[0.160, 1.321]	2.083	[1.173,3.747]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 97.3 (11 graus de liberdade), con-

duzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem ou 'Outro local' e de a frequência de ler literatura religiosa ser Algumas vezes por mês, e de forma decrescente de o local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o local de trabalho atual ser o Centro de saúde, de o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu, de a religião ser Agnóstico, de a frequência de rezar em privado ser Algumas vezes por semana ou Uma vez por mês e de a frequência de ler literatura religiosa ser Algumas vezes por mês, ou seja ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.457 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.291 a 0.716). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.557 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.711 a 3.848). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram em 'Outro local' é superior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.487 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.001 a 2.218). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão

na Escola de Enfermagem é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram em ‘Outro local’, os que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Quanto aos profissionais que trabalharam nas Escolas de Enfermagem, estes demonstram uma maior sensibilidade para atender às necessidades do paciente, inclusivamente as necessidades espirituais, daí que estejam atentos aos serviços que existem nas instituições de saúde por onde passam e sejam capazes de informar os pacientes sobre os mesmos.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro de saúde é inferior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.573 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.328 a 0.995). A questão de que no Centro de Saúde exista um nível de concordância inferior parece compreender-se pela especificidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros nesse sector de ação, uma vez que aí existe um menor contacto/relação com os pacientes em fase terminal, ou seja, a necessitar deste tipo de cuidados.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.513 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.328 a 0.8). Conclui-se que os enfermeiros reconhecem que o nível académico ou outra formação lhes confere capacidade para informar o paciente acerca de serviços de natureza espiritual existentes na Instituição de Saúde.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são Agnósticos é inferior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.277 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.142 a 0.543). Os agnósticos, como já referimos, não levantam questões espirituais, uma vez que para eles não surgem expectativas em relação ao sentido da vida e à existência de Deus. Assim, para o agnóstico, no que se refere à espiritualidade/religião existe dificuldade em informar o paciente sobre os serviços espirituais, oferecidos pela Instituição onde trabalha.
- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana ou Uma vez por mês é inferior ao do grupo dos que rezam com qualquer outra frequência, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é 0.532 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.35 a 0.805). De forma semelhante, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam Uma vez por mês é 0.441 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.241 a 0.806). Em resumo, conclui-se que os enfermeiros que rezam em privado Uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Algumas vezes por semana e, por fim, os que rezam com qualquer outra frequência, que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. No que se refere à frequência da oração, vemos que existe alguma disparidade nos resultados; parece-nos pertinente perceber o que os inquiridos entendem por rezar, pois sabemos que a oração pode ter diversas formas e expressões, podendo assim clarificar-se melhor estes níveis de concordância.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Algumas vezes por mês é superior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.083 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.173 a 3.747). Este resultado que apresenta a regularidade de leitura semanal, aparentemente traria maior competência ao enfermeiro para a prestação de cuidado espiritual uma maior regularidade. No entanto, para esta especificidade da capacidade de informar o paciente sobre os serviços espirituais que tem ao seu dispor, os resultados apontam para que quem lê ‘uma vez por mês’ tenha um maior grau de concordância. Seria oportuno, para outro estudo, perceber o que os inquiridos entendem por literatura religiosa.

Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta capacidade são a Idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC, a Escola de Enfermagem e o ‘Outro local’), o local de trabalho actual (distinguindo-se o Centro de saúde e a UCC), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência da participação em serviços religiosos (distinguindo-se Mais de uma vez por semana, Uma vez por semana, Duas a três vezes por mês, Uma vez por mês, Uma a duas vezes por ano e Nunca) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Uma vez por dia). A tabela 35 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 35 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: ‘Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais’ - Resultado da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.028	0.005	[0.009,0.048]	1.029	[1.009,1.049]
Local anterior – UCC	-0.749	0.028	[-1.416,-0.081]	0.473	[0.243,0.922]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.688	0.004	[0.223,1.157]	1.990	[1.250,3.182]
Local anterior – Outro	1.006	≅0.000	[0.580,1.439]	2.735	[1.786,4.215]
Centro de saúde	0.644	0.026	[0.079,1.212]	1.904	[1.082,3.362]
UCC	0.926	0.033	[0.075,1.780]	2.525	[1.078,5.933]
Nível académico – Não adquiriu	-0.635	0.006	[-1.091,-0.180]	0.530	[0.336,0.835]
Serviços religiosos – Mais de uma vez por semana	-1.678	0.022	[-3.217,-0.296]	0.187	[0.040,0.743]
Serviços religiosos – Uma vez por semana	-1.907	0.005	[-3.356,-0.635]	0.148	[0.035,0.530]
Serviços religiosos – Duas a três vezes por mês	-1.846	0.008	[-3.324,-0.534]	0.158	[0.036,0.586]
Serviços religiosos – Uma vez por mês	-1.916	0.005	[-3.373,-0.631]	0.147	[0.034,0.532]
Serviços religiosos – Uma a duas vezes por ano	-1.931	0.003	[-3.340,-0.707]	0.145	[0.035,0.493]
Serviços religiosos – Nunca	-2.057	0.003	[-3.524,-0.759]	0.128	[0.029,0.468]
Ler literatura religiosa – Uma vez por dia	1.260	0.024	[0.173,2.380]	3.527	[1.189,10.809]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 103.6 (16 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem ou ‘Outro local’,

de o local de trabalho atual ser o Centro de saúde ou a UCC e de a frequência de ler literatura religiosa ser Uma vez por dia, e de forma decrescente de o local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu e de a frequência de participação em serviços religiosos ser Mais de uma vez por semana, Uma vez por semana, Duas a três vezes por mês, Uma vez por mês, Uma a duas vezes por ano ou Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.029 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.029 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.009 a 1.049). Podemos assim asseverar que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual, pelo que o enfermeiro com mais idade apresenta maior capacidade de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.473 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.243 a 0.922). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.99 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.250 a 3.182). De forma semelhante, conclui-se que

o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram em 'Outro local' é superior ao do grupo dos que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.735 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.786 a 4.215). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão em 'Outro local' é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram na Escola de Enfermagem, os que a exerceram no Hospital ou no Centro de saúde, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Em relação à nossa amostra podemos constatar: os enfermeiros que responderam 'Outro local' são apenas 6%. Ao questionarmos 'Outro local' foi pelo conhecimento que temos de os enfermeiros prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados. Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, atendemos que estes são os que pela especificidade do seu pensar Enfermagem existe neles uma maior capacidade de ajudar o paciente no seu todo. Salientamos que estes são os que têm uma média de idade superior aos dos outros locais de trabalho, inferindo que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao reconhecimento/aceitação da espiritualidade/religião do outro, assim como no atender às suas atividades diárias nas práticas espirituais. Os enfermeiros em UCC, apresentavam um menor grau de concordância entre si; daí se depreender uma maior dificuldade para ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro de saúde ou na UCC é superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que trabalham no Centro de saúde é 1.904 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.082 a 3.362). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que trabalham na UCC é

2.525 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.078 a 5.933). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na UCC é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Centro de saúde e, por fim, os que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si e que têm o grau de concordância mais baixo. Os enfermeiros que atualmente trabalham em UCC demonstram assim ter uma maior capacidade para ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.53 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.336 a 0.835). Os enfermeiros reconhecem que não adquiriram competências o que lhes confere menor capacidade para ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais. Inferimos que há consciência de uma necessidade/existência de aquisição de competências para o cuidado espiritual por parte dos enfermeiros.

- **Frequência da participação em serviços religiosos**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Mais de uma vez por semana é inferior ao dos que participam Todos os dias. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.187 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.04 a 0.743). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por semana é 0.148 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor

pode variar de 0.035 a 0.53). Conclui-se também que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Duas a três vezes por mês é 0.158 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.036 a 0.586). Conclui-se ainda que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma vez por mês é 0.147 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.034 a 0.532). Conclui-se da mesma forma que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Uma a duas vezes por ano é 0.145 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.035 a 0.493). Conclui-se por fim que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que participam Nunca é 0.128 vezes o dos que participam Todos os dias (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.029 a 0.468). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Nunca participam é o mais baixo, seguindo-se os que participam Uma a duas vezes por ano, os que participam Uma vez por mês, os que participam Uma vez por semana, os que participam Duas a três vezes por mês, os que participam Mais de uma vez por semana, os que participam Uma vez por mês e, por fim, os que participam Todos os dias que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se por um lado que só a participação muito frequente em serviços religiosos (todos os dias) consegue aumentar substancialmente (em relação a qualquer outra frequência de participação) esta capacidade dos enfermeiros, por outro, que quanto maior a frequência da participação, maior é esta capacidade (de acordo com o grau de concordância), embora se registre a exceção da participação Uma vez por mês.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Uma vez por dia é superior ao dos que leem com qualquer

outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 3.527 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.189 a 10.809). Inferimos desta forma que os enfermeiros que leem regularmente literatura religiosa são mais aptos para ajudar o paciente nas suas práticas espirituais. Assim concluímos, que os enfermeiros que valorizam a literatura religiosa para si mesmos, também a consideram importante para os pacientes.

Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta capacidade são o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC e a Escola de Enfermagem) e o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu). A tabela 36 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 36 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Local anterior – UCC	-0.662	0.004	[-1.108,-0.218]	0.516	[0.330,0.804]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.584	0.004	[0.190,0.981]	1.794	[1.209,2.667]
Nível acadêmico – Licenciatura	-0.450	0.019	[-0.827,-0.076]	0.638	[0.437,0.927]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.977	≅0.000	[-1.484,-0.474]	0.377	[0.227,0.623]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 40.5 (5 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com exceção da Escola de Enfermagem e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.516 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.33 a 0.804). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com exceção da UCC e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.794 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é

superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.209 a 2.667). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão na Escola de Enfermagem é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram em todos os restantes locais com excepção da UCC, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Quanto aos profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, pelo seu desenvolvimento do conhecimento científico e o seu aprofundamento para posterior ensino lhe confere uma atenção às necessidades dos outros, numa perspectiva holística, olhando o todo da pessoa, que mesmo a prestar cuidados diários é capaz de atender à espiritualidade do paciente. Os enfermeiros que trabalharam em UCC, apresentam um menor grau de concordância entre si, mostrando assim a dificuldade que têm em atender à espiritualidade dos pacientes.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que os adquiriram na Licenciatura é inferior ao do grupo dos enfermeiros que não as adquiriram ou que as adquiriram no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.638 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.437 a 0.927). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que não adquiriram competências é 0.377 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.227 a 0.623). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Nenhum nível académico, Bacharelato ou em Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Depreendemos que os enfermeiros reconhecem que, o facto de não terem adquirido competências para o cuidado espiritual, não lhes permite

ter capacidade para que nos cuidados diários possam atender à espiritualidade do paciente.

Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta capacidade são o Género, o Tempo de exercício profissional, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se o 'Outro local'), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência da participação em serviços religiosos (distinguindo-se Nunca) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Pelo menos uma vez por mês e Apenas em ocasiões especiais). A tabela 37 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 37 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item 'Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais' - Resultados da Estimação do Modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	0.523	0.013	[0.111,0.939]	1.688	[1.117,2.558]
Tempo de exercício profissional	0.059	≅0.000	[0.041,0.077]	1.061	[1.042,1.080]
Local anterior – Outro	0.727	0.001	[0.319,1.141]	2.069	[1.376,3.129]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.590	0.014	[-1.063,-0.121]	0.555	[0.345,0.886]
Serviços religiosos – Nunca	-0.569	0.037	[-1.107,-0.037]	0.566	[0.331,0.964]
Rezar ou dar graças – Pelo menos uma vez por mês	-1.060	0.021	[-1.960,-0.154]	0.346	[0.141,0.857]
Rezar ou dar graças – Apenas em ocasiões especiais	-0.664	0.001	[-1.054,-0.279]	0.515	[0.349,0.757]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 92.5 (9 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente do Género feminino, do Tempo de exercício profissional e de o local anterior de exercício da profissão ser 'Outro local', e de forma decrescente de o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu, de a frequência da participação em serviços religiosos ser Nunca e de a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa ser Pelo menos uma vez por mês ou Apenas em ocasiões especiais, ou seja:

- **Género**, conclui-se que o grau de concordância das enfermeiras é superior aos enfermeiros. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância das primeiras é 1.688 vezes o dos segundos (mantendo as restantes va-

riáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.117 a 2.558). Denotamos que as enfermeiras manifestam uma maior capacidade de encaminhar os membros da família no que se prende a necessidades espirituais.

- **Tempo de exercício profissional**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido ao do tempo, ou seja, à medida que o tempo aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.061 vezes por cada ano de tempo de exercício profissional adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.061 por cada ano de tempo de exercício profissional que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.042 a 1.08). Quanto maior é o tempo de exercício profissional maiores são as competências para o cuidado espiritual, e depreende-se que um maior tempo de exercício profissional valoriza as necessidades espirituais, não só do paciente, mas também da família que as manifesta.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram em ‘Outro local’ é superior ao dos que a exerceram nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.069 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.376 a 3.129).

Em relação à nossa amostra podemos constatar: os enfermeiros que responderam ‘Outro local’ são apenas 6%. Ao questionarmos ‘Outro local’ foi pelo conhecimento que temos de os enfermeiros prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados. Não consideramos este resultado significativo no nosso estudo.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível

que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.555 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.345 a 0.886). Reiteramos que a não aquisição de competências para o cuidado espiritual, por parte dos enfermeiros, os incapacita de encaminharem os familiares do paciente para conselheiros espirituais que deem resposta às necessidades que manifestam nesta dimensão.

- **Frequência da participação em serviços religiosos**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Nunca é inferior ao dos que participam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.566 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.331 a 0.964). Inferimos que a participação em serviços religiosos capacita os enfermeiros para encaminhar os membros da família do paciente para conselheiros espirituais, se estes manifestam esse desejo ou se o próprio enfermeiro percebe as necessidades espirituais dos mesmos.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Pelo menos uma vez por mês ou Apenas em ocasiões especiais é inferior ao do grupo dos enfermeiros que rezam ou dão graças com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Pelo menos uma vez por mês é 0.346 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.141 a 0.857). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Apenas em ocasiões especiais é 0.515 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo

com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.349 a 0.757). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Pelo menos uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se os que rezam ou dão graças Apenas em ocasiões especiais e, por fim, os que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e têm o grau de concordância mais elevado. Portanto, as frequências mais baixas de rezar ou dar graças conduzem ao menor grau de concordância nesta capacidade, mesmo inferior ao dos enfermeiros que não rezam Nunca. Assim se depreende que este tipo de oração ajuda a reconhecer a existência de uma dimensão espiritual, assim como de conselheiros espirituais, a quem se pode recorrer quando houver necessidade, em função da prestação de cuidado espiritual e não só do paciente mas também da família que o acompanha.

No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta capacidade são a Idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC e o 'Outro local'), o local de trabalho actual (distinguindo-se a UCC), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a religião (distinguindo-se os Agnósticos), a frequência da participação em serviços religiosos (distinguindo-se Uma vez por semana) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca). A tabela 38 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 38 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.024	0.005	[0.007,0.042]	1.025	[1.007,1.043]
Local anterior – UCC	-0.841	0.010	[-1.482,-0.197]	0.431	[0.227,0.821]
Local anterior – Outro	0.462	0.023	[0.064,0.863]	1.588	[1.067,2.371]
UCC	0.820	0.049	[0.002,1.639]	2.271	[1.002,5.153]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-1.048	≅0.000	[-1.497,-0.602]	0.351	[0.224,0.548]
Religião – Agnóstico	-1.027	0.008	[-1.785,-0.268]	0.358	[0.168,0.765]
Serviços religiosos – Uma vez por semana	-0.659	0.009	[-1.155,-0.164]	0.517	[0.315,0.848]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.935	0.002	[-1.540,-0.338]	0.392	[0.214,0.713]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-1.189	≅0.000	[-1.805,-0.581]	0.305	[0.164,0.559]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-2.104	0.002	[-3.427,-0.803]	0.122	[0.032,0.448]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.311	≅0.000	[-1.958,-0.673]	0.269	[0.141,0.510]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.688	≅0.000	[-2.454,-0.927]	0.185	[0.086,0.396]
Rezar em privado – Nunca	-1.107	0.002	[-1.801,-0.418]	0.331	[0.165,0.659]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 105.1 (16 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser ‘Outro local’ e de o local de trabalho atual ser a UCC, e de forma decrescente de o local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o nível acadêmico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu, de a religião ser Agnóstico e de a frequência da participa-

ção em serviços religiosos ser Mais de uma vez por semana, Uma vez por semana, Duas a três vezes por mês, Uma vez por mês, Uma a duas vezes por ano e Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.025 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.025 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.007 a 1.043). Podemos assim certificar, que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual, pelo que, o enfermeiro com mais idade apresenta maior capacidade de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com excepção do 'Outro local' e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.431 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.227 a 0.821). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram em 'Outro local' é superior ao do grupo dos que a exerceram nos restantes locais com excepção da UCC e que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.588 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.067 a 2.371). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão em 'Outro local' é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram em todos os restantes locais com excepção da UCC, que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Analisando a caracterização

dos enfermeiros que trabalharam em UCC, vimos que neste grupo não existem enfermeiros com mais de 15 anos de exercício, e até aos 3 anos de exercício profissional nestas unidades, temos unicamente 8,3% da nossa amostra não nos permitindo valorizar estes valores para tirar ilações.

- **Nível acadêmico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que não adquiriram competências é inferior ao dos que as adquiriram em qualquer outro nível que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.351 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.224 a 0.548). A não aquisição por parte dos enfermeiros de competências para o cuidado espiritual não os torna capazes de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são Agnósticos é inferior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.358 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.168 a 0.765). Para o agnóstico no que se refere à espiritualidade/religião, percebe-se a dificuldade que tem em contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual.

- **Frequência da participação em serviços religiosos**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que participam Uma vez por semana é inferior ao dos que participam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.517 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.315 a 0.848). Vemos assim que os enfermeiros que participam em serviços religiosos semanalmente são menos capazes de contribuir e assegurar a

qualidade do cuidado espiritual; no que se refere a esta periodicidade específica, esta pode estar associada a algum rito religioso, e a participação no mesmo pode não aprofundar uma dimensão espiritual mas passar apenas pelo cumprimento social de um ritual.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.392 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.214 a 0.713). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.305 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.164 a 0.559). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.122 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.032 a 0.448). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Nunca, os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.269 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor

pode variar de 0.141 a 0.51). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.185 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.086 a 0.396). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.331 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.165 a 0.659). Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que, quanto maior a frequência, maior é o grau de concordância nesta capacidade em geral, existindo a excepção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância). Rezar com maior frequência ajuda a olhar e a falar sobre a espiritualidade/religião do outro, pelo que, quem reza com muita frequência sente-se mais capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual. No que se refere aos que rezam ‘uma vez por semana’ este facto poderá estar associado a algum rito religioso semanal, que não passe da prática do mesmo para a vida quotidiana.

No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta competência são a Idade, o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se o Bacharel, a Licenciatura, Mais que licenciatura e Não adquiriu), a religião (distinguindo-se os Agnósticos), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas

vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se Nunca). A tabela 39 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 39 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.046	≅0.000	[0.029,0.064]	1.047	[1.030,1.066]
Nível académico – Bacharel	-1.036	0.012	[-1.850,-0.225]	0.355	[0.157,0.798]
Nível académico – Licenciatura	-0.894	0.002	[-1.457,-0.340]	0.409	[0.233,0.712]
Nível académico – Mais que licenciatura	-0.922	0.006	[-1.584,-0.266]	0.398	[0.205,0.766]
Nível académico – Não adquiriu	-1.693	≅0.000	[-2.350,-1.046]	0.184	[0.095,0.351]
Religião – Agnóstico	-0.858	0.024	[-1.607,-0.112]	0.424	[0.200,0.894]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-1.263	≅0.000	[-1.876,-0.659]	0.283	[0.153,0.517]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-1.237	≅0.000	[-1.861,-0.622]	0.290	[0.156,0.537]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.898	0.005	[-3.232,-0.575]	0.150	[0.039,0.563]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.399	≅0.000	[-2.079,-0.729]	0.247	[0.125,0.482]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.501	≅0.000	[-2.299,-0.710]	0.223	[0.100,0.491]
Rezar em privado – Nunca	-1.339	0.001	[-2.102,-0.584]	0.262	[0.122,0.558]
Ler literatura religiosa – Nunca	-0.677	0.001	[-1.094,-0.264]	0.508	[0.335,0.768]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 147.2 (16 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.047 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.047 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.03 a 1.066). Verificamos que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Confirma-se assim, que enfermeiros mais velhos têm uma maior capacidade para contribuir no desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual.

- **Nível académico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que as adquiriram no Bacharelato, na Licenciatura, em Mais que a licenciatura ou que Não as adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram mas em Nenhum nível. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências no Bacharelato é 0.355 vezes o dos que as adquiriram mas em Nenhum nível (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.157 a 0.798). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências na Licenciatura é 0.409 vezes o dos que as adquiriram em Nenhum nível (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.233 a 0.712). Conclui-se ainda que, de acordo com

o modelo estimado, o grau de concordância dos que adquiriram competências em Mais que a licenciatura é 0.398 vezes o dos que as adquiriram mas em Nenhum nível (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.205 a 0.766). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Não adquiriram competências é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram no nível de Bacharel, os que as adquiriram no nível de Mais que licenciatura, os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram mas em Nenhum nível que têm o maior grau de concordância. Os enfermeiros reconhecem que não ter adquirido competências para o cuidado espiritual não os ajuda a contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual no seu serviço. Podemos assim inferir, que o nível académico ou outras formações, conferem uma maior capacidade para que esse contributo possa ser dado pelo enfermeiro.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que são Agnósticos é inferior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.424 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.2 a 0.894). Os agnósticos, não levantam questões espirituais, daí reconhecerem não contribuir, no seu serviço, para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual.

Frequência de rezar em privado, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.283 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.153 a 0.517). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.29 vezes o dos segundos (man-

tendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.156 a 0.537). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.15 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.039 a 0.563). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.247 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.125 a 0.482). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.247 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.125 a 0.482). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que Nunca rezam é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.262 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.122 a 0.558). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Algumas vezes por mês, os que Nunca rezam, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana, e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se portanto, que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as frequências mais altas levam aos maiores graus de concordância (e as frequên-

cias mais baixas levam aos menores graus), existindo a exceção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância).

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Nunca leem é inferior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.508 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.335 a 0768). Daqui inferimos, que a leitura de literatura religiosa ajuda o enfermeiro a sentir-se mais apto para contribuir no desenvolvimento profissional do cuidado espiritual.

No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta competência são a Idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a UCC), o local de trabalho actual (distinguindo-se o Centro de saúde), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca). A tabela 40 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 40 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.019	0.031	[0.002,0.036]	1.019	[1.002,1.037]
Local anterior – UCC	-0.523	0.024	[-0.978,-0.068]	0.592	[0.376,0.934]
Centro de saúde	-0.630	0.021	[-1.164,-0.095]	0.532	[0.312,0.910]
Nível acadêmico – Não adquiriu	-0.567	0.011	[-1.004,-0.130]	0.567	[0.366,0.878]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.934	0.002	[-1.539,-0.335]	0.393	[0.215,0.715]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.753	0.014	[-1.354,-0.158]	0.471	[0.258,0.854]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.735	0.005	[-2.960,-0.506]	0.176	[0.052,0.603]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.156	≅0.000	[-1.788,-0.529]	0.315	[0.167,0.589]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.588	≅0.000	[-2.340,-0.841]	0.204	[0.096,0.431]
Rezar em privado – Nunca	-1.469	≅0.000	[-2.103,-0.843]	0.230	[0.122,0.430]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 69.2 (12 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.019 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.019 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor

pode variar de 1.002 a 1.037). Verificamos que a idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Confirma-se assim, que enfermeiros mais velhos têm uma maior capacidade de identificar os problemas relacionados com o cuidado espiritual e partilhar com a restante equipa esses mesmos problemas.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.592 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.376 a 0.934). Destacamos que o grupo de enfermeiros que trabalhou em UCC têm menos de 15 anos de exercício, e até aos 3 anos de exercício profissional nestas unidades temos unicamente 8,3% da nossa amostra o que não nos permite tirar conclusões.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro de saúde é inferior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.592 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.376 a 0.934). A questão de que no Centro de Saúde exista um nível de concordância inferior, compreende-se pela especificidade e pelas funções desempenhadas por estes profissionais a nível dos cuidados de saúde primários; como nos Centros de Saúde existe um menor contacto/relação com os pacientes, os enfermeiros apreendem menos as suas necessidades e também, neste local de trabalho não existem momentos de passagem de turno em que se dá a conhecer a situação do paciente à equipa.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Não as adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram (em qualquer nível) que não se distin-

guem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.567 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.366 a 0.878). Os enfermeiros reconhecem que não adquirir competências para o cuidado espiritual lhes diminui a capacidade de identificar problemas espirituais no paciente e os comunicar na passagem de turno. Deprendemos que há consciência de uma necessidade/existência de aquisição de competências para o cuidado espiritual por parte dos enfermeiros para que tenham esta capacidade.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.393 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.215 a 0.715). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.471 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.258 a 0.854). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.176 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.052 a 0.603). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.315 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com

o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.167 a 0.589). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.204 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.096 a 0.431). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.23 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.122 a 0.43). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana, e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se portanto, que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as frequências mais altas levam aos maiores graus de concordância (e as frequências mais baixas levam aos menores graus), existindo a excepção de rezar Uma vez por semana (que tem o menor grau de concordância).

Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta competência são a Idade, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência de ler literatura religiosa (distinguindo-se

Nunca) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Uma vez por dia e Nunca). A tabela 41 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 41 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.039	≅0.000	[0.022,0.056]	1.040	[1.022,1.058]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.788	≅0.000	[0.369,1.211]	2.200	[1.447,3.356]
Nível académico – Não adquiriu	-0.729	0.001	[-1.149,-0.313]	0.482	[0.317,0.732]
Ler literatura religiosa – Nunca	-0.801	≅0.000	[-1.161,-0.443]	0.449	[0.313,0.642]
Rezar ou dar graças – Uma vez por dia	1.195	0.009	[0.307,2.097]	3.304	[1.359,8.143]
Rezar ou dar graças – Nunca	-0.402	0.026	[-0.756,-0.049]	0.669	[0.470,0.952]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 145.4 (10 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa ser Uma vez por dia, e de forma decrescente de o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu, de a frequência de ler literatura religiosa ser Nun-

ca e de a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa ser Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.04 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.04 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.022 a 1.058). A idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Tudo o que temos vindo a analisar e os autores que o confirmam, podemos inferir que enfermeiros mais velhos têm uma maior capacidade para treinarem outros profissionais de saúde para a prestação do cuidado espiritual.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.2 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.447 a 3.356). Os profissionais que trabalham em Escolas de Enfermagem, pela aquisição de conhecimento científico e pela sua missão de ensinar têm uma maior capacidade para treinar outros profissionais de saúde para a prestação do cuidado espiritual..

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Não as adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram (em qualquer nível) que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.482 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com

o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.317 a 0.732). Os enfermeiros reconhecem que não ter adquirido competências para o cuidado espiritual implica uma maior dificuldade para atender às necessidades espirituais do paciente. Os enfermeiros que não adquiriram competências a este nível têm uma menor capacidade para treinarem outros profissionais de saúde para a prestação do cuidado espiritual.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Nunca é inferior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.449 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.313 a 0.642). Podemos assim depreender que a leitura de literatura religiosa leva o enfermeiro a sentir-se mais apto para treinar outros profissionais de saúde no que se refere à prestação de cuidado espiritual.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Uma vez por dia é superior ao do grupo dos enfermeiros que rezam ou dão graças com qualquer outra frequência com exceção dos que rezam ou dão graças Nunca que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Uma vez por dia é 3.304 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.359 a 8.143). Pelo contrário, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Nunca é inferior ao do grupo dos enfermeiros que rezam ou dão graças com qualquer outra frequência com exceção dos que rezam ou dão graças Uma vez por dia que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que rezam ou dão graças Nunca é 0.669 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este

valor pode variar de 0.47 a 0.952). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam ou dão graças Uma vez por dia é o mais elevado, que o grau de concordância dos que rezam Nunca é o mais baixo e que o grau de concordância dos que rezam com qualquer outra frequência, que não se distinguem entre si, é intermédio. Inferimos assim, que este tipo de oração ajuda a reconhecer a existência de uma dimensão espiritual e dá maior capacidade ao enfermeiro para treinar outros profissionais de saúde para a prestação do cuidado espiritual.

Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta competência são a Idade, o Género, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se o Hospital, a UCC e a Escola de Enfermagem), o local de trabalho atual (distinguindo-se a UCC), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a religião (distinguindo-se a Protestante) e a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca). A tabela 42 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 42 - Influência dos fatores sócio-demográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem' - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.024	0.015	[0.005,0.043]	1.024	[1.005,1.044]
Género feminino	-0.467	0.018	[-0.857,-0.080]	0.627	[0.425,0.923]
Local anterior – Hospital	0.587	0.014	[0.120,1.056]	1.799	[1.128,2.875]
Local anterior – UCC	-0.684	0.029	[-1.305,-0.069]	0.504	[0.271,0.933]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.550	0.010	[0.131,0.973]	1.733	[1.139,2.645]
UCC	0.960	0.020	[0.151,1.776]	2.613	[1.163,5.906]
Nível académico – Não adquiriu	-0.572	0.007	[-0.986,-0.159]	0.564	[0.373,0.853]
Religião – Protestante	-1.302	0.048	[-2.607,-0.002]	0.272	[0.074,0.998]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.781	0.007	[-1.357,-0.212]	0.458	[0.258,0.809]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.954	0.001	[-1.541,-0.373]	0.385	[0.214,0.689]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.872	0.003	[-3.117,-0.648]	0.154	[0.044,0.523]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-1.069	≅0.000	[-1.671,-0.473]	0.344	[0.188,0.623]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.851	≅0.000	[-2.577,-1.133]	0.157	[0.076,0.322]
Rezar em privado – Nunca	-1.727	≅0.000	[-2.345,-1.118]	0.178	[0.096,0.327]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 108.3 (16 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser o Hospital ou a Escola de Enfermagem, de o local de trabalho atual ser a UCC, e de forma decrescente do Género feminino, de o

local anterior de exercício da profissão ser a UCC, de o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais ser Não adquiriu, da religião Protestante e da frequência de rezar em privado ser Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês ou Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.024 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.024 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.005 a 1.044). A idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Depreendemos assim, que enfermeiros com mais idade têm uma maior capacidade para estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem.
- **Género**, conclui-se que o grau de concordância das enfermeiras é inferior ao dos enfermeiros. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância das primeiras é 0.627 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.425 a 0.923). Reiteramos que os enfermeiros têm uma maior capacidade para estabelecer normas orientadoras na gestão do serviço de Enfermagem, no que se refere ao cuidado espiritual.
- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram no Hospital é superior ao do grupo dos que a exerceram no Centro de saúde ou em 'Outro local' que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.799 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.128 a 2.875). Pelo contrário, conclui-se que o grau de con-

cordância dos enfermeiros que a exerceram na UCC é inferior ao do grupo dos que a exerceram no Centro de saúde ou em 'Outro local' que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.504 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.271 a 0.973). À semelhança do Hospital, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao do grupo dos que a exerceram no Centro de saúde ou em 'Outro local' que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.733 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.139 a 2.645). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que exerceram a profissão no Hospital é o mais elevado, seguindo-se os que a exerceram na Escola de Enfermagem (com um grau de concordância muito próximo), os que a exerceram no Centro de saúde ou em 'Outro local', que não se distinguem entre si e, por fim, os que a exerceram na UCC que têm o menor grau de concordância. Da constatação de resposta a esta questão, observamos que os enfermeiros em Hospital apresentam uma maior capacidade para estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem; esta realidade pode estar ligada a características específicas dos serviços hospitalares que necessitam de uma gestão adequada a essa realidade por parte dos enfermeiros.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na UCC é superior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.613 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.163 a 5.906). Inferimos que os enfermeiros que atualmente trabalham em UCC são os que aplicam normas orientadoras sobre os aspectos do cuidado espiritual; estes são os enfermeiros com uma

média de idade inferior, mais necessitados de apoio normativo que lhes oriente o seu agir; por isso, a aplicação de normas traz ao enfermeiro uma maior segurança. No entanto, por tudo o que já foi dito anteriormente, não fica evidente na nossa investigação que estas mesmas normas tenham aplicação prática.

- **Nível acadêmico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Não as adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram (em qualquer nível) que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.564 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.373 a 0.853). Os enfermeiros reconhecem que não adquirir competências para o cuidado espiritual lhes diminui a capacidade de estabelecer normas orientadoras sobre o cuidado espiritual; daqui inferimos que a aquisição de competências, quer por algum nível académico, quer por outra formação, é uma mais valia no que se refere ao cuidado espiritual e à sua aplicação na gestão do serviço de Enfermagem.

- **Religião**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros Protestantes é inferior ao dos enfermeiros de todas as outras religiões que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.272 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.074 a 0.998). Salientamos que os enfermeiros protestantes que responderam a este inquérito são 7, o que perfaz 1,3% da nossa amostra, não se revelando significativo para retirar ilações para o nosso estudo.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.458 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo

de confiança este valor pode variar de 0.258 a 0.809). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.385 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.214 a 0.689). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.154 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.044 a 0.523). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.344 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.188 a 0.623). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.157 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.076 a 0.322). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.178 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.096 a 0.327). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Nunca, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Algumas

vezes por semana, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta competência e que as maiores frequências conduzem aos maiores graus nesta competência (e que, em contrapartida, as menores frequências conduzem aos menores graus nesta competência), embora exista a exceção dos que rezam Uma vez por semana, que têm o grau de concordância mais baixo. Quanto aos que rezam ‘uma vez por semana’, este facto poderá estar associado a algum rito religioso que tenha essa periodicidade, cuja participação pode não ajudar a aprofundar a dimensão espiritual mas ser apenas o cumprimento de um ritual.

Sou capaz de implementar um projeto de cuidado espiritual na área de Enfermagem.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de concordância nesta competência são a Idade, o Tempo de exercício profissional, o local anterior de exercício da profissão (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o local de trabalho atual (distinguindo-se o ‘Outro local’), o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca) e a frequência da leitura de literatura religiosa (distinguindo-se Uma vez por mês e Nunca). A tabela 43 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratios* e os seus intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 43 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no grau de concordância do item: 'Sou capaz de implementar um projecto de cuidado espiritual na área de Enfermagem - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.107	0.002	[0.040,0.175]	1.113	[1.041,1.191]
Tempo de exercício profissional	-0.076	0.026	[-0.144,-0.009]	0.927	[0.866,0.991]
Local anterior – Escola de Enfermagem	0.461	0.034	[0.036,0.888]	1.585	[1.036,2.430]
Outro local de trabalho	0.856	0.014	[0.173,1.548]	2.353	[1.189,4.703]
Nível académico – Não adquiriu	-0.719	0.001	[-1.139,-0.301]	0.487	[0.320,0.740]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-0.775	0.011	[-1.375,-0.183]	0.461	[0.253,0.833]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-0.872	0.005	[-1.489,-0.262]	0.418	[0.226,0.769]
Rezar em privado – Uma vez por semana	-1.242	0.041	[-2.444,-0.047]	0.289	[0.087,0.954]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-0.839	0.014	[-1.515,-0.170]	0.432	[0.220,0.844]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-1.613	≅0.000	[-2.423,-0.814]	0.199	[0.089,0.443]
Rezar em privado – Nunca	-1.407	≅0.000	[-2.107,-0.715]	0.245	[0.122,0.489]
Ler literatura religiosa – Uma vez por mês	-0.575	0.030	[-1.096,-0.055]	0.562	[0.334,0.946]
Ler literatura religiosa – Nunca	-0.503	0.032	[-0.962,-0.045]	0.605	[0.382,0.956]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da qualidade do ajustamento da regressão é 124.5 (17 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente da Idade, de o local anterior de exercício da profissão ser a Escola de Enfermagem e de o local de trabalho atual ser o ‘Outro local’, e de forma decrescente do Tempo de exercício profissional, de o nível académico em que adquiriu competências para a prestação de cuida-

dos espirituais ser Não adquiriu, da frequência de rezar em privado ser Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Uma vez por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês ou Nunca e da frequência da leitura de literatura religiosa ser Uma vez por mês ou Nunca, ou seja:

- **Idade**, conclui-se que o grau de concordância varia no mesmo sentido da idade, ou seja, à medida que a idade aumenta, o grau de concordância também aumenta. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 1.113 vezes por cada ano de idade adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, aumenta 0.113 por cada ano de idade que passa, o que mostra que o grau de concordância aumenta por cada ano de idade (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.041 a 1.191). A idade é um factor que pelo seu aumento traz uma maior competência para a prestação do cuidado espiritual. Depreendemos portanto, que os enfermeiros mais velhos reconhecem ter uma maior capacidade para implementar um projecto de cuidado espiritual na área de Enfermagem.

- **Tempo de exercício profissional**, conclui-se que o grau de concordância varia em sentido contrário ao do tempo, ou seja, à medida que o tempo aumenta, o grau de concordância diminui. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância é 0.927 vezes por cada ano de tempo de exercício profissional adicional (mantendo as restantes variáveis constantes), ou seja, diminui 0.073 por cada ano de tempo de exercício profissional que passa, o que mostra que o grau de concordância diminui por cada ano (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.861 a 0.993). Podemos depreender deste resultado que o aumento de anos de exercício profissional conduz a uma menor capacidade para implementar projectos que se refiram ao cuidado espiritual.

- **Local anterior de exercício da profissão**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que a exerceram na Escola de Enfermagem é superior ao dos que a exerceram em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 1.585 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de con-

cordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.036 a 2.43). Os profissionais que trabalham nas Escolas de Enfermagem, ensinam a elaborar projectos para os locais de exercício dos estudantes (futuros enfermeiros), pelo que têm uma maior capacidade para implementar projectos que se refiram ao cuidado espiritual dentro da área específica da Enfermagem. Estes enfermeiros têm uma média de idade superior aos dos outros locais de trabalho, inferindo assim, que a idade leva a uma maior competência no que se refere ao cuidar da espiritualidade/religião do outro.

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em 'Outro local' é superior ao dos que trabalham nos restantes locais que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 2.353 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.189 a 4.703). Em relação à nossa amostra podemos constatar: os enfermeiros que responderam 'Outro local' são apenas 6%. Ao questionarmos 'Outro local' foi pelo conhecimento que temos de os enfermeiros prestarem serviços de Enfermagem em sectores diversificados. Não consideramos este resultado significativo no nosso estudo.

- **Nível académico** em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que Não as adquiriram é inferior ao dos que as adquiriram (em qualquer nível) que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.487 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.32 a 0.74). Os enfermeiros reconhecem que não adquirir competências para o cuidado espiritual lhes diminui a capacidade para implementar um projecto de cuidado espiritual na área da Enfermagem. Depreendemos que há consciência de uma necessidade/existência de aquisição de competências

para o cuidado espiritual por parte dos enfermeiros para que desenvolvam esta capacidade.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.487 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.32 a 0.74). De forma semelhante, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.461 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.253a 0.833). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por semana é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.289 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.087 a 0.954). Conclui-se ainda que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.432 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.22 a 0.844). Conclui-se também que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.199 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.089 a 0.443). Conclui-se por fim que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Nunca é in-

ferior ao dos que rezam Mais de uma vez por dia. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos primeiros é 0.245 vezes o dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.122 a 0.489). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Nunca, os que rezam Uma vez por semana, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Algumas vezes por mês, os que rezam Uma vez por dia e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia que têm o maior grau de concordância. Conclui-se portanto, que rezar em privado com muita frequência consegue aumentar substancialmente esta capacidade e que as maiores frequências conduzem a maiores graus nesta capacidade (e que, em contrapartida, as menores frequências conduzem aos menores graus nesta competência), embora exista a exceção dos que rezam Uma vez por semana, que têm o terceiro grau de concordância mais baixo.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Uma vez por mês ou Nunca é inferior ao do grupo dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Uma vez por mês é 0.562 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.334 a 0.946). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de concordância dos que leem Nunca é 0.605 vezes o do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o grau de concordância dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 0.382 a 0.956). Em resumo, conclui-se que o grau de concordância dos enfermeiros que leem Uma vez por mês é o mais baixo, seguindo-se (com um grau de concordância muito próximo) os que Nunca leem e, por fim, os que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância. Portanto, as frequências mais baixas de leitura de literatura religiosa conduzem aos graus de concordância mais baixos nesta capacidade de implemen-

tar um projecto de cuidado espiritual na área da Enfermagem. Inferimos que a leitura de literatura religiosa é favorável ao cuidado espiritual do paciente.

4.3.3. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala

Após o estudo individual do grau de concordância dos enfermeiros na escala das competências para o cuidado espiritual, procedemos agora a uma análise da estrutura conceptual (estrutura latente) desta escala através de uma análise fatorial, tendo em vista a identificação dos fatores subjacentes às respostas dos enfermeiros. Tais fatores permitirão identificar as dimensões que descrevem as mesmas, ou seja, compreender as motivações que estão por trás do padrão encontrado nos dados. Será também possível validar a escala do questionário, ou seja, medir a validade deste para o objetivo pretendido.

Em primeiro lugar, para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise fatorial, apresentamos de seguida a matriz de correlações entre as respostas, observando-se a existência de várias correlações moderadas e elevadas.

Tabela 44 - Matriz de correlações do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual

Item	Item								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1.000	0.561	0.210	0.162	0.279	0.265	0.189	0.249	0.198
2	0.561	1.000	0.358	0.196	0.335	0.323	0.170	0.150	0.210
3	0.210	0.358	1.000	0.232	0.127	0.205	0.135	0.058	0.061
4	0.162	0.196	0.232	1.000	0.180	0.192	0.097	0.035	0.103
5	0.279	0.335	0.127	0.180	1.000	0.482	0.359	0.333	0.348
6	0.265	0.323	0.205	0.192	0.482	1.000	0.328	0.284	0.300
7	0.189	0.170	0.135	0.097	0.359	0.328	1.000	0.569	0.460
8	0.249	0.150	0.058	0.035	0.333	0.284	0.569	1.000	0.535
9	0.198	0.210	0.061	0.103	0.348	0.300	0.460	0.535	1.000
10	0.179	0.136	0.055	0.072	0.288	0.285	0.516	0.489	0.511
11	0.177	0.138	0.055	0.037	0.270	0.304	0.552	0.516	0.421
12	0.147	0.140	0.075	0.081	0.319	0.272	0.554	0.488	0.445
13	0.203	0.215	0.107	0.124	0.350	0.287	0.452	0.397	0.536
14	0.185	0.206	0.153	0.114	0.267	0.302	0.324	0.313	0.387
15	0.281	0.223	0.052	0.101	0.357	0.329	0.478	0.505	0.492
16	0.202	0.147	0.001	0.094	0.306	0.252	0.399	0.539	0.388
17	0.155	0.110	-0.006	0.077	0.295	0.239	0.450	0.531	0.452
18	0.232	0.194	0.086	0.075	0.339	0.201	0.294	0.300	0.323
19	0.174	0.190	-0.012	0.088	0.368	0.275	0.344	0.354	0.396
20	0.183	0.235	0.079	0.126	0.299	0.233	0.304	0.314	0.362
21	0.279	0.191	0.122	0.113	0.385	0.280	0.349	0.359	0.409
22	0.239	0.195	0.005	0.120	0.311	0.282	0.435	0.489	0.434
23	0.169	0.198	0.024	0.067	0.301	0.285	0.428	0.449	0.422
24	0.124	0.171	0.021	0.114	0.328	0.240	0.355	0.339	0.421
25	0.133	0.136	0.025	0.055	0.288	0.251	0.350	0.442	0.339
26	0.115	0.157	-0.020	0.066	0.267	0.266	0.332	0.378	0.343
27	0.171	0.186	-0.002	0.026	0.288	0.223	0.327	0.366	0.318

Tabela 44 - Matriz de correlações do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual (cont)

Item	Item								
	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	0.179	0.177	0.147	0.203	0.185	0.281	0.202	0.155	0.232
2	0.136	0.138	0.140	0.215	0.206	0.223	0.147	0.110	0.194
3	0.055	0.055	0.075	0.107	0.153	0.052	0.001	-0.006	0.086
4	0.072	0.037	0.081	0.124	0.114	0.101	0.094	0.077	0.075
5	0.288	0.270	0.319	0.350	0.267	0.357	0.306	0.295	0.339
6	0.285	0.304	0.272	0.287	0.302	0.329	0.252	0.239	0.201
7	0.516	0.552	0.554	0.452	0.324	0.478	0.399	0.450	0.294
8	0.489	0.516	0.488	0.397	0.313	0.505	0.539	0.531	0.300
9	0.511	0.421	0.445	0.536	0.387	0.492	0.388	0.452	0.323
10	1.000	0.673	0.493	0.476	0.331	0.479	0.439	0.510	0.289
11	0.673	1.000	0.733	0.499	0.271	0.466	0.458	0.463	0.295
12	0.493	0.733	1.000	0.509	0.284	0.435	0.370	0.370	0.324
13	0.476	0.499	0.509	1.000	0.452	0.531	0.372	0.450	0.332
14	0.331	0.271	0.284	0.452	1.000	0.462	0.249	0.317	0.314
15	0.479	0.466	0.435	0.531	0.462	1.000	0.505	0.546	0.401
16	0.439	0.458	0.370	0.372	0.249	0.505	1.000	0.697	0.320
17	0.510	0.463	0.370	0.450	0.317	0.546	0.697	1.000	0.363
18	0.289	0.295	0.324	0.332	0.314	0.401	0.320	0.363	1.000
19	0.413	0.390	0.373	0.453	0.295	0.407	0.347	0.392	0.420
20	0.381	0.335	0.340	0.383	0.286	0.392	0.400	0.391	0.332
21	0.351	0.343	0.381	0.478	0.522	0.528	0.361	0.340	0.454
22	0.406	0.452	0.419	0.409	0.299	0.474	0.535	0.519	0.337
23	0.502	0.495	0.405	0.381	0.292	0.468	0.541	0.536	0.334
24	0.422	0.415	0.404	0.409	0.315	0.411	0.392	0.408	0.322
25	0.454	0.470	0.357	0.374	0.247	0.435	0.545	0.538	0.370
26	0.483	0.492	0.392	0.382	0.241	0.404	0.485	0.479	0.324
27	0.477	0.479	0.371	0.343	0.243	0.381	0.491	0.486	0.344

Tabela 44 - Matriz de correlações do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual (cont)

Item	Item								
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	0.174	0.183	0.279	0.239	0.169	0.124	0.133	0.115	0.171
2	0.190	0.235	0.191	0.195	0.198	0.171	0.136	0.157	0.186
3	-0.012	0.079	0.122	0.005	0.024	0.021	0.025	-0.020	-0.002
4	0.088	0.126	0.113	0.120	0.067	0.114	0.055	0.066	0.026
5	0.368	0.299	0.385	0.311	0.301	0.328	0.288	0.267	0.288
6	0.275	0.233	0.280	0.282	0.285	0.240	0.251	0.266	0.223
7	0.344	0.304	0.349	0.435	0.428	0.355	0.350	0.332	0.327
8	0.354	0.314	0.359	0.489	0.449	0.339	0.442	0.378	0.366
9	0.396	0.362	0.409	0.434	0.422	0.421	0.339	0.343	0.318
10	0.413	0.381	0.351	0.406	0.502	0.422	0.454	0.483	0.477
11	0.390	0.335	0.343	0.452	0.495	0.415	0.470	0.492	0.479
12	0.373	0.340	0.381	0.419	0.405	0.404	0.357	0.392	0.371
13	0.453	0.383	0.478	0.409	0.381	0.409	0.374	0.382	0.343
14	0.295	0.286	0.522	0.299	0.292	0.315	0.247	0.241	0.243
15	0.407	0.392	0.528	0.474	0.468	0.411	0.435	0.404	0.381
16	0.347	0.400	0.361	0.535	0.541	0.392	0.545	0.485	0.491
17	0.392	0.391	0.340	0.519	0.536	0.408	0.538	0.479	0.486
18	0.420	0.332	0.454	0.337	0.334	0.322	0.370	0.324	0.344
19	1.000	0.499	0.486	0.446	0.407	0.360	0.418	0.374	0.394
20	0.499	1.000	0.456	0.393	0.432	0.368	0.408	0.371	0.329
21	0.486	0.456	1.000	0.480	0.416	0.390	0.368	0.287	0.298
22	0.446	0.393	0.480	1.000	0.698	0.518	0.466	0.444	0.447
23	0.407	0.432	0.416	0.698	1.000	0.616	0.605	0.582	0.546
24	0.360	0.368	0.390	0.518	0.616	1.000	0.471	0.503	0.476
25	0.418	0.408	0.368	0.466	0.605	0.471	1.000	0.744	0.703
26	0.374	0.371	0.287	0.444	0.582	0.503	0.744	1.000	0.758
27	0.394	0.329	0.298	0.447	0.546	0.476	0.703	0.758	1.000

Além disso, procedemos ao cálculo da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, mostrada na tabela seguinte para cada variável e para a totalidade da escala (valor global). Assim, o valor global é de 0.933, o que é muito bom, e os valores para cada item são quase todos muito elevados, muito superiores a 0.5 (superiores a 0.9 na maior parte dos casos, o que é muito elevado), indicando que todas os itens podem ser utilizados, pois ajustam-se à estrutura definida pelos outros itens. Em resultado,

podemos afirmar que a fatorabilidade da matriz de correlações é muito boa, ou seja, é apropriado efetuar uma análise fatorial com estes dados.

Tabela 45 - Medida de adequação da amostragem KMO - Escala das Competências para o Cuidado Espiritual

Item	KMO	Item	KMO
1	0.810	15	0.973
2	0.777	16	0.941
3	0.688	17	0.941
4	0.814	18	0.962
5	0.926	19	0.949
6	0.918	20	0.957
7	0.965	21	0.920
8	0.945	22	0.938
9	0.954	23	0.936
10	0.939	24	0.963
11	0.902	25	0.940
12	0.908	26	0.920
13	0.959	27	0.930
14	0.926	Global	0.933

Assim, realizou-se uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de fatores a reter. As regras habitualmente utilizadas para seleccionar o número de fatores a reter na análise conduzem a diferentes soluções, conforme pode ser observado na tabela 46. Com efeito, uma dessas regras consiste em seleccionar os fatores cujos valores próprios associados sejam superiores a 1 (regra de Kaiser), sendo o quarto factor o último que a cumpre, pelo que esta regra apontaria para uma solução com 4 fatores, um bom número (explicando 55.5% da variância total, o que é aceitável). Uma segunda regra consiste em explicar 80% da variância total (regra de Pearson), o que conduz a uma solução com 13 fatores, o que é muito elevado (relembre-se que a escala tem 27 itens), complicando a análise e conduzindo a fatores sem significado e de difícil interpretação (o conjunto dos primeiros 13 fatores explica 81.6% da variância total). Finalmente, a terceira regra habitualmente utilizada é baseada no “scree plot” em que se retém o número de fatores em que ocorre a maior quebra da percentagem da variância explicada (regra de Cattell), o que conduz a reter entre apenas 3 fatores (o que é muito pouco) e 5

fatores, que também é um número razoável (explicando 59.2% da variância total, o que também é aceitável). Assim, foram ensaiadas as soluções com 4 e com 5 fatores, concluindo-se que a primeira se afigura a mais apropriada, pelo que será adotada.

Tabela 46 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos à escala do grau de concordância das Competências de Enfermagem para o Cuidado Espiritual

Factor	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	10.211	37.818	37.818
2	2.120	7.850	45.668
3	1.431	5.299	50.967
4	1.230	4.555	55.522
5	0.994	3.681	59.203
6	0.944	3.496	62.700
7	0.887	3.286	65.985
8	0.830	3.073	69.058
9	0.796	2.948	72.007
10	0.724	2.681	74.688
11	0.704	2.606	77.294
12	0.624	2.311	79.604
13	0.541	2.004	81.608
14	0.518	1.919	83.527
15	0.505	1.871	85.398
16	0.472	1.747	87.146
17	0.460	1.704	88.850
18	0.438	1.622	90.472
19	0.388	1.436	91.909
20	0.380	1.406	93.314
21	0.330	1.224	94.538
22	0.308	1.142	95.681
23	0.279	1.032	96.713
24	0.262	0.970	97.683
25	0.221	0.819	98.502
26	0.214	0.793	99.295
27	0.190	0.705	100.000

Assim, os resultados da análise fatorial forçada a 4 fatores seguida de rotação varimax e normalização de Kaiser são dados na tabela 47 onde se indicam os pesos factoriais das diferentes competências em cada factor, encontrando-se a negrito o peso mais elevado de cada competência (para mais fácil leitura e interpretação da tabela, as com-

petências estão indicadas pela ordem do factor em que saturam e não pela ordem do questionário). Outras soluções factoriais foram ensaiadas (particularmente a solução com 5 fatores), conforme foi referido acima, mas esta solução com 4 fatores revelou-se a mais adequada para a interpretação (a consideração de um número de fatores mais elevado conduz a fatores desnecessários ou a um pequeno acréscimo da variância explicada e a consideração de um número inferior não é suficiente, pois faz com que a representação de várias competências seja de má qualidade, conduz a fatores de difícil interpretação e com pouco significado e diminui a percentagem da variância explicada). Em resultado, conclui-se que 4 fatores são suficientes para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Refira-se que os pesos factoriais apresentam geralmente valores elevados ou, pelo menos, aceitáveis, o que permite concluir novamente que a solução fatorial obtida tem boa qualidade. A tabela também mostra as comunalidades, ou seja, a percentagem da variância de cada variável (competência) explicada conjuntamente pelos 4 fatores extraídos. Verifica-se que essa percentagem é superior a 50% na grande maioria das competências (e as comunalidades que não verificam esta condição estão muito próximas deste valor com uma única exceção), sendo boa nalgumas competências e elevada noutras, o que significa mais uma vez que os resultados desta análise fatorial são de boa qualidade.

Tabela 47 - Estrutura fatorial do grau de concordância da escala das Competências de Enfermagem para o Cuidado Espiritual

Item	Fact.1	Fact.2	Fact.3	Fact.4	Comunalidades
16	0.591	0.358	0.238	0.067	0.539
17	0.539	0.420	0.303	0.001	0.559
22	0.520	0.313	0.396	0.101	0.535
23	0.687	0.292	0.290	0.081	0.648
24	0.538	0.243	0.345	0.075	0.473
25	0.810	0.193	0.196	0.058	0.736
26	0.825	0.216	0.109	0.065	0.744
27	0.815	0.189	0.112	0.091	0.721
7	0.176	0.733	0.194	0.164	0.633
8	0.299	0.650	0.220	0.102	0.570
9	0.174	0.548	0.433	0.113	0.531
10	0.385	0.644	0.191	0.065	0.604
11	0.378	0.754	0.095	0.064	0.725
12	0.210	0.735	0.199	0.077	0.630
13	0.166	0.511	0.506	0.124	0.560
14	0.019	0.263	0.623	0.164	0.485
15	0.282	0.447	0.524	0.137	0.573
18	0.279	0.087	0.578	0.133	0.437
19	0.330	0.190	0.606	0.057	0.515
20	0.359	0.129	0.538	0.129	0.451
21	0.162	0.192	0.776	0.145	0.686
1	0.100	0.067	0.169	0.669	0.491
2	0.133	0.002	0.121	0.791	0.658
3	-0.109	0.097	-0.051	0.642	0.436
4	0.024	0.000	0.075	0.471	0.228
5	0.186	0.217	0.381	0.436	0.418
6	0.145	0.286	0.193	0.515	0.405

Assim, o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual; Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei tanto com o doente como na equipa disciplinar/multidisciplinar; No meu serviço; sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual; No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual; No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno; Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente; Sou capaz de estabelecer nor-

mas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem e Sou capaz de implementar um projeto de cuidado espiritual na área de Enfermagem, pelo que este factor pode ser designado como a dimensão do **Autoconhecimento e prestação do cuidado espiritual**. O segundo factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente; Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais; Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar; Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de Enfermagem; Sou capaz de dar a conhecer por escrito, o funcionamento espiritual do paciente; Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente e Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais, pelo que este factor pode ser designado como a dimensão de **Avaliação e implementação do cuidado espiritual**. É interessante que a competência Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais, sature neste factor, porque tal encaminhamento também exige a implementação do cuidado espiritual. O terceiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais; sou capaz de atempada e efetivamente encaminhá-lo para outro profissional de saúde (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã); Sei quando devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente; Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde (incluindo o cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos); Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão); Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene) e Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais, pelo que este factor pode ser designado como a dimensão do **Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espiri-**

tuais do paciente. É interessante que os itens Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão) e Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene) saturem neste factor, onde os restantes itens são relativos à colaboração de outros profissionais para o cuidado espiritual do paciente. Esta associação pode dever-se à capacidade de o enfermeiro saber quando deve procurar ajuda especializada de outros profissionais especializados para ajudar o paciente a manter as suas práticas espirituais ou para atender à sua espiritualidade nos cuidados diários, ou seja, quando o enfermeiro não for capaz, por si só, de cuidar do paciente do ponto de vista espiritual, consegue procurar ajuda especializada. Em resultado, o cuidar das necessidades espirituais do paciente está sempre assegurado pelo enfermeiro, seja por si mesmo, seja recorrendo a outros profissionais. O quarto factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes, Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha, Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente, Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente, Sou capaz de escutar ativamente a “história de vida” do paciente estabelecendo a relação com sua doença/deficiência e Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade, pessoal), pelo que este factor pode ser designado como a dimensão da **Atitude perante a espiritualidade do paciente.**

A tabela 48 mostra os coeficientes de cada competência nos quatro fatores (*component scores*)

Tabela 48 - Coeficientes dos itens nos fatores da escala do grau de concordância das Competências de Enfermagem para o Cuidado Espiritual

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	0.008	-0.055	-0.031	0.319
2	0.045	-0.092	-0.070	0.394
3	-0.052	0.053	-0.131	0.335
4	0.003	-0.045	-0.031	0.233
5	-0.023	-0.027	0.084	0.160
6	-0.023	0.055	-0.048	0.225
7	-0.105	0.303	-0.097	0.021
8	-0.039	0.231	-0.074	-0.010
9	-0.108	0.156	0.095	-0.033
10	0.003	0.218	-0.098	-0.024
11	-0.007	0.299	-0.179	-0.015
12	-0.092	0.300	-0.086	-0.025
13	-0.116	0.122	0.146	-0.036
14	-0.147	-0.007	0.288	-0.023
15	-0.055	0.059	0.149	-0.028
16	0.144	0.013	-0.043	-0.013
17	0.097	0.046	0.001	-0.061
18	0.009	-0.143	0.261	-0.020
19	0.004	-0.101	0.258	-0.068
20	0.041	-0.129	0.215	-0.017
21	-0.096	-0.107	0.374	-0.051
22	0.096	-0.031	0.068	-0.018
23	0.191	-0.053	-0.016	-0.010
24	0.127	-0.060	0.054	-0.020
25	0.280	-0.110	-0.067	-0.001
26	0.296	-0.082	-0.128	0.015
27	0.297	-0.096	-0.123	0.029

Para a avaliação da qualidade do modelo fatorial obtido, na tabela 49 apresenta a matriz dos resíduos, ou seja, a matriz das diferenças entre as correlações observadas entre os itens e as correlações estimadas (reproduzidas) pelo modelo fatorial com os quatro fatores retidos. Existem apenas 96 resíduos (27%) com valor absoluto superior a 0.05, o que indica um bom ajustamento (considera-se que o ajustamento é bom quando a percentagem destes resíduos é inferior a 50%). Além disso, o índice da qualidade do ajustamento ou *Goodness of Fit Index* (GFI) é 0.991, o que indica um excelente ajustamento (valores do GFI superiores a 0.95 indicam um ajustamento muito bom, sendo 1 o

valor máximo deste indicador, o que mostra que o ajustamento obtido é de facto excelente). O GFI ajustado, designado por AGFI, é 0.986, o que é também muito elevado, confirmando a excelente qualidade do ajustamento. Por sua vez, o *Root mean square residual* (RMSR) é 0.05, o que significa novamente que o ajustamento é muito bom (considera-se geralmente que valores de RMSR inferiores a 0.05 representam um ajustamento muito bom). Em resumo, todos os coeficientes mostram que o ajustamento tem uma excelente qualidade.

Tabela 49 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual

Item	Item								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1		-0.002	-0.206	-0.168	-0.111	-0.146	-0.020	0.071	-0.005
2	-0.002		-0.130	-0.189	-0.082	-0.127	-0.008	0.001	0.044
3	-0.206	-0.130		-0.064	-0.134	-0.127	-0.012	-0.027	-0.024
4	-0.168	-0.189	-0.064		-0.058	-0.068	0.002	-0.036	0.013
5	-0.111	-0.082	-0.134	-0.058		0.094	0.021	0.007	-0.018
6	-0.146	-0.127	-0.127	-0.068	0.094		-0.030	-0.040	-0.024
7	-0.020	-0.008	-0.012	0.002	0.021	-0.030		-0.020	-0.076
8	0.071	0.001	-0.027	-0.036	0.007	-0.040	-0.020		0.020
9	-0.005	0.044	-0.024	0.013	-0.018	-0.024	-0.076	0.020	
10	0.022	0.009	0.003	0.019	-0.024	-0.025	-0.072	-0.094	0.001
11	0.030	0.024	-0.014	-0.009	-0.029	-0.018	-0.096	-0.115	-0.107
12	-0.008	0.026	-0.013	0.026	0.010	-0.047	-0.073	-0.104	-0.089
13	-0.016	0.033	0.021	0.024	-0.039	-0.046	-0.070	-0.109	-0.007
14	-0.049	-0.002	0.056	-0.010	-0.103	0.019	-0.020	-0.018	-0.049
15	0.043	0.013	-0.021	-0.009	-0.052	-0.011	-0.024	0.000	-0.044
16	0.034	-0.014	0.000	0.031	-0.002	-0.017	-0.025	0.070	-0.022
17	0.022	0.000	0.027	0.042	-0.013	-0.017	-0.012	0.030	-0.003
18	0.012	-0.018	0.052	-0.037	-0.009	-0.044	0.046	0.019	-0.038
19	-0.012	0.028	0.000	0.008	0.009	0.027	0.020	-0.007	-0.034
20	-0.038	0.019	0.050	0.016	-0.058	-0.027	0.021	-0.009	-0.018
21	0.023	-0.039	0.068	-0.017	-0.045	-0.023	0.005	0.001	-0.077
22	0.032	-0.001	-0.013	0.032	-0.048	-0.011	0.021	0.033	-0.011
23	-0.022	0.007	0.033	-0.009	-0.036	0.004	0.023	-0.019	0.008
24	-0.055	-0.002	0.026	0.041	0.010	-0.012	0.003	-0.063	0.036
25	-0.032	-0.041	0.067	-0.006	-0.004	0.011	0.019	0.025	0.001
26	-0.044	-0.018	0.013	0.008	-0.003	0.030	-0.004	-0.040	0.026
27	-0.003	-0.008	0.016	-0.044	0.014	-0.018	0.008	-0.035	0.014

Tabela 49 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual (cont.)

Item	Item								
	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	0.022	0.030	-0.008	-0.016	-0.049	0.043	0.034	0.022	0.012
2	0.009	0.024	0.026	0.033	-0.002	0.013	-0.014	0.000	-0.018
3	0.003	-0.014	-0.013	0.021	0.056	-0.021	0.000	0.027	0.052
4	0.019	-0.009	0.026	0.024	-0.010	-0.009	0.031	0.042	-0.037
5	-0.024	-0.029	0.010	-0.039	-0.103	-0.052	-0.002	-0.013	-0.009
6	-0.025	-0.018	-0.047	-0.046	0.019	-0.011	-0.017	-0.017	-0.044
7	-0.072	-0.096	-0.073	-0.070	-0.020	-0.024	-0.025	-0.012	0.046
8	-0.094	-0.115	-0.104	-0.109	-0.018	0.000	0.070	0.030	0.019
9	0.001	-0.107	-0.089	-0.007	-0.049	-0.044	-0.022	-0.003	-0.038
10		0.019	-0.105	-0.022	0.024	-0.028	-0.069	-0.026	0.006
11	0.019		0.075	-0.006	-0.005	-0.037	-0.062	-0.086	0.060
12	-0.105	0.075		-0.012	-0.050	-0.068	-0.069	-0.113	0.076
13	-0.022	-0.006	-0.012		-0.022	-0.026	-0.037	-0.008	-0.067
14	0.024	-0.005	-0.050	-0.022		-0.010	-0.017	0.008	-0.096
15	-0.028	-0.037	-0.068	-0.026	-0.010		0.044	0.047	-0.037
16	-0.069	-0.062	-0.069	-0.037	-0.017	0.044		0.156	-0.023
17	-0.026	-0.086	-0.113	-0.008	0.008	0.047	0.156		0.001
18	0.006	0.060	0.076	-0.067	-0.096	-0.037	-0.023	0.001	
19	0.044	0.060	0.039	-0.013	-0.148	-0.097	-0.064	-0.049	-0.046
20	0.049	0.042	0.052	-0.030	-0.111	-0.066	0.005	-0.019	-0.107
21	0.007	0.053	0.041	-0.057	-0.038	-0.030	0.002	-0.062	-0.075
22	-0.078	-0.025	-0.007	-0.050	-0.057	-0.034	0.015	-0.013	-0.077
23	-0.011	-0.018	-0.018	-0.038	0.008	-0.020	-0.045	-0.045	-0.062
24	-0.012	-0.009	0.038	0.011	0.013	-0.040	-0.100	-0.089	-0.059
25	-0.024	-0.004	0.001	0.035	0.049	0.009	-0.054	-0.040	0.006
26	0.001	0.002	0.033	0.071	0.089	0.008	-0.110	-0.090	0.003
27	0.014	0.012	0.032	0.043	0.093	-0.004	-0.091	-0.067	0.023

Tabela 49 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do grau de concordância na escala das competências para o cuidado espiritual (cont.)

Item	Item								
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	-0.012	-0.038	0.023	0.032	-0.022	-0.055	-0.032	-0.044	-0.003
2	0.028	0.019	-0.039	-0.001	0.007	-0.002	-0.041	-0.018	-0.008
3	0.000	0.050	0.068	-0.013	0.033	0.026	0.067	0.013	0.016
4	0.008	0.016	-0.017	0.032	-0.009	0.041	-0.006	0.008	-0.044
5	0.009	-0.058	-0.045	-0.048	-0.036	0.010	-0.004	-0.003	0.014
6	0.027	-0.027	-0.023	-0.011	0.004	-0.012	0.011	0.030	-0.018
7	0.020	0.021	0.005	0.021	0.023	0.003	0.019	-0.004	0.008
8	-0.007	-0.009	0.001	0.033	-0.019	-0.063	0.025	-0.040	-0.035
9	-0.034	-0.018	-0.077	-0.011	0.008	0.036	0.001	0.026	0.014
10	0.044	0.049	0.007	-0.078	-0.011	-0.012	-0.024	0.001	0.014
11	0.060	0.042	0.053	-0.025	-0.018	-0.009	-0.004	0.002	0.012
12	0.039	0.052	0.041	-0.007	-0.018	0.038	0.001	0.033	0.032
13	-0.013	-0.030	-0.057	-0.050	-0.038	0.011	0.035	0.071	0.043
14	-0.148	-0.111	-0.038	-0.057	0.008	0.013	0.049	0.089	0.093
15	-0.097	-0.066	-0.030	-0.034	-0.020	-0.040	0.009	0.008	-0.004
16	-0.064	0.005	0.002	0.015	-0.045	-0.100	-0.054	-0.110	-0.091
17	-0.049	-0.019	-0.062	-0.013	-0.045	-0.089	-0.040	-0.090	-0.067
18	-0.046	-0.107	-0.075	-0.077	-0.062	-0.059	0.006	0.003	0.023
19		0.023	-0.082	-0.031	-0.056	-0.077	-0.008	-0.009	0.016
20	0.023		-0.063	-0.059	-0.019	-0.051	-0.021	-0.020	-0.060
21	-0.082	-0.063		0.014	0.012	-0.022	0.039	0.017	0.030
22	-0.031	-0.059	0.014		0.127	0.018	-0.099	-0.102	-0.089
23	-0.056	-0.019	0.012	0.127		0.069	-0.070	-0.086	-0.109
24	-0.077	-0.051	-0.022	0.018	0.069		-0.084	-0.036	-0.054
25	-0.008	-0.021	0.039	-0.099	-0.070	-0.084		0.009	-0.021
26	-0.009	-0.020	0.017	-0.102	-0.086	-0.036	0.009		0.026
27	0.016	-0.060	0.030	-0.089	-0.109	-0.054	-0.021	0.026	

Por fim, procede-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado. Para este efeito, utilizámos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor para a totalidade do questionário é de 0.934, o que é muito elevado e mostra uma excelente consistência interna do questionário. A tabela 50 mostra os valores deste coeficiente para as dimensões identificadas, concluindo-se que a

consistência da primeira é muito elevada, a das duas seguintes é elevada e a da quarta é um pouco fraca (mas ainda sim aceitável).

Em conclusão, quer o questionário na sua globalidade, quer as dimensões identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade muito boa ou pelo menos aceitável, o que significa que são válidas para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos.

Tabela 50 - Alfa de Cronbach das dimensões da escala do grau de concordância das competências de Enfermagem para o cuidado espiritual

Dimensão	Alfa
1 – Autoconhecimento e prestação de cuidado espiritual	0.905
2 – Avaliação e implementação do cuidado espiritual	0.881
3 – Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente	0.809
4 – Atitude perante a espiritualidade do paciente	0.666

Através de toda a descrição que acabámos de fazer concluímos que a versão da SCCS adaptada e validada para a língua portuguesa é um instrumento fiável, válido e sensível para aferir as competências para o cuidado espiritual dos enfermeiros.

4.3.4. Análise das dimensões da escala

Procede-se agora à análise descritiva e comparação do grau de concordância das dimensões identificadas anteriormente. A tabela 51 mostra a distribuição da totalidade das respostas por categoria em cada dimensão.

Tabela 51 – Frequências relativas das dimensões da escala de competências de enfermagem para a prestação do cuidado espiritual

Dimensões	Frequência (%)					
	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente	Total
Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual	3.5	15.8	27.1	42.9	10.7	100.0
Avaliação e implementação do cuidado espiritual	0.8	9.4	16.1	52.7	21.0	100.0
Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente	0.4	4.7	10.2	53.4	31.4	100.0
Atitude perante a espiritualidade do paciente	0.3	0.9	1.1	29.4	68.3	100.0

Para comparar o grau de concordância das quatro dimensões, calcula-se em primeiro lugar a matriz de correlações e faz-se o respectivo teste de significância. Uma vez que o grau de concordância nas dimensões não tem distribuição normal (pois é uma variável qualitativa ordinal), recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados, apresentados na tabela 52 (onde está o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor-p do respectivo teste de significância), mostram que todas as dimensões estão positivamente correlacionadas (ou seja, de sentido directo). Apenas a correlação entre as dimensões: Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual e Atitude perante a espiritualidade do paciente é fraca; pelo contrário, a correlação entre as dimensões Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual e a Avaliação e implementação do cuidado espiritual é um pouco elevada; as restantes quatro correlações são moderadas (na tabela as dimensões são indicadas pelo seu número por motivos de espaço). Consequentemente, conclui-se que os enfermeiros que têm graus de concordância altos (baixos) numa destas dimensões têm também graus de concordância altos (baixos) na outra.

Tabela 52 - Matriz de correlações das dimensões da escala de competências de enfermagem para o cuidado espiritual

Dimensões		Dimensões			
		1	2	3	4
1	coef.	1.000	0.702	0.635	0.329
	valor-p		≅0.000	≅0.000	≅0.000
2	coef.	0.702	1.000	0.675	0.407
	valor-p	≅0.000		≅0.000	≅0.000
3	coef.	0.635	0.675	1.000	0.453
	valor-p	≅0.000	≅0.000		≅0.000
4	coef.	0.329	0.407	0.453	1.000
	valor-p	≅0.000	≅0.000	≅0.000	

Em seguida, uma vez que o grau de concordância assume intensidades diferentes nas várias dimensões, torna-se necessário compará-las, recorrendo-se ao teste de Wilcoxon para estas comparações múltiplas (pois trata-se de amostras emparelhadas, uma vez que são os mesmos enfermeiros nas diferentes dimensões). A hipótese nula é que o grau de concordância é o mesmo para duas quaisquer dimensões e a hipótese alternativa é a de que é diferente. A tabela 53 resume os resultados do teste, apresentando a estatística-teste e o respectivo valor-p.

Uma vez que, neste procedimento de comparações múltiplas, os mesmos dados vão ser testados repetidamente, é necessário ajustar o nível de significância (para comparação com o valor-p) recorrendo à correcção de Bonferroni (tal como já foi feito anteriormente). Assim, uma vez que se vai comparar 4 dimensões, existem 6 comparações a fazer, pelo que, para um nível de significância de 5%, o nível de significância ajustado é de $5\%/6 = 0.83\%$, devendo este ser comparado com o valor-p.

Conforme é visível na tabela 53, o valor-p do teste é sempre inferior a 0.83%, pelo que se rejeita a hipótese nula em todas as comparações. Assim, conclui-se que o grau de concordância é o mais elevado na dimensão Atitude perante a espiritualidade do paciente, seguindo-se a dimensão Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente, a dimensão Avaliação e implementação do cuidado espiritual e, por fim, a dimensão Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual, com o grau de concordância mais baixo.

Tabela 53 - Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas das dimensões da escala de competências de enfermagem para o cuidado espiritual

Comparação	Estatística Teste	Valor-p
Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Avaliação e implementação do cuidado espiritual	15520.5	0.004
Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente	2201.5	≅0.000
Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente	277.0	≅0.000
Avaliação e implementação do cuidado espiritual vs. Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente	23392.0	≅0.000
Avaliação e implementação do cuidado espiritual vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente	1350.5	≅0.000
Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente	3994.0	≅0.000

Assim podemos extrair as seguintes conclusões:

- Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Avaliação e implementação do cuidado espiritual – não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é o mesmo nas duas dimensões.
- Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente – rejeita-se a hipótese nula (valor-p inferior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é superior no Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual.
- Autoconhecimento e prestação com qualidade do cuidado espiritual vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente – não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é o mesmo nas duas dimensões.
- Avaliação e implementação do cuidado espiritual vs. Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente –

rejeita-se a hipótese nula (valor-p inferior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é superior na Avaliação e implementação do cuidado espiritual.

- Avaliação e implementação do cuidado espiritual vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente – rejeita-se a hipótese nula (valor-p inferior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é inferior na Avaliação e implementação do cuidado espiritual.
- Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente vs. Atitude perante a espiritualidade do paciente – rejeita-se a hipótese nula (valor-p inferior a 0.83%), pelo que se conclui que o grau de concordância é inferior no Encaminhamento para outros profissionais especializados para a satisfação das necessidades espirituais do paciente.

4.4. INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL

Consideramos a inteligência espiritual como um fator do nosso estudo a ser avaliado e posteriormente a relacionar com as competências para o cuidado espiritual, com a religião/religiosidade e com as características sociodemográficas, percebendo assim se encontramos uma relação estatisticamente significativa.

A amostra é composta por 546 enfermeiros. Para a caracterização deste inventário, apresenta-se em primeiro lugar a distribuição do número de respostas por cada categoria de resposta (recorde-se que a escala da questão 6 foi invertida). Observa-se uma grande concentração das respostas nas categorias “É muito verdadeiro para mim” (29.8% das respostas) e “Tem alguma verdade para mim” (28.9%) que representam em conjunto 58.6% das respostas, seguindo-se “É completamente verdadeiro para mim” (20.5%), “Não é muito verdadeiro para mim” (13.1%) e “Não é de todo verdadeiro para mim” (7.8%). Logo, conclui-se que o grau de veracidade é muito elevado, pois predominam as categorias mais elevadas – as três categorias mais elevadas representam em conjunto 79.1% das respostas e as duas mais elevadas representam 50.2% (mais de me-

tade) das respostas. Em contrapartida, as categorias de grau mais baixo representam em conjunto apenas 20.9%.

Tabela 54 - Distribuição das respostas pelas categorias do inventário de Inteligência Espiritual – Frequências absolutas e relativas

Categoria	n	%
Não é de todo verdadeiro para mim	42	7.8
Não é muito verdadeiro para mim	71	13.1
Tem alguma verdade para mim	158	28.9
É muito verdadeiro para mim	163	29.8
É completamente verdadeiro para mim	112	20.5
Total	546	100.0

Seguindo a indicação do autor da escala, atribui-se as pontuações 0,1,2,3,4 às categorias ordenadas de modo a construir uma pontuação total para medir a inteligência espiritual e que é designada por índice de inteligência espiritual que, conseqüentemente, varia entre 0 e 96 pontos (uma vez que a escala é composta por 24 questões).

A distribuição do índice está próxima da simetria (o coeficiente de assimetria de Fisher é apenas -0.18, próximo de zero), o que significa que predominam os índices intermédios, ou seja moderados. Note-se com efeito o predomínio dos valores na zona central da distribuição, entre 45 e 70, decrescendo gradualmente à esquerda de 45 e à direita de 70, desde o mínimo de 1 (quase no mínimo da escala, que é zero, atingido apenas por um enfermeiro) e o máximo de 96 (o máximo da escala, também atingido por um enfermeiro apenas). Em contrapartida, existem muito poucos enfermeiros com índice abaixo de 30 ou acima de 85, ou seja, existem muito poucos enfermeiros com valores muito baixos ou muito elevados (o que confirma o predomínio dos valores intermédios). Este comportamento é claramente visível no histograma.

Assim, a pontuação média é 58. A dispersão é moderada, reflectida no valor do coeficiente de variação (25.2%). Além disso, o coeficiente de achatamento é 0.09, muito próximo de zero, mostrando que esta distribuição tem um achatamento (ou *kurtose*) muito semelhante ao da distribuição normal, o que significa que as suas caudas têm um peso muito semelhante ao desta distribuição, pelo que se conclui que existem muito

poucos enfermeiros com pontuações extremas (muito baixas ou muito elevadas), o que é também visível no histograma e na caixa-de-bigodes (figura 4). A semelhança com a distribuição normal pode ser confirmada pelos testes de normalidade de Shapiro-Wilk ou de Kolmogorov-Smirnov, cujas estatísticas-teste são 0.995 e 0.814 respectivamente, a que correspondem valores-p de 0.051 e 0.521 respectivamente (superiores ao nível de significância de 5%), levando a não rejeitar a hipótese de normalidade dos valores do índice.

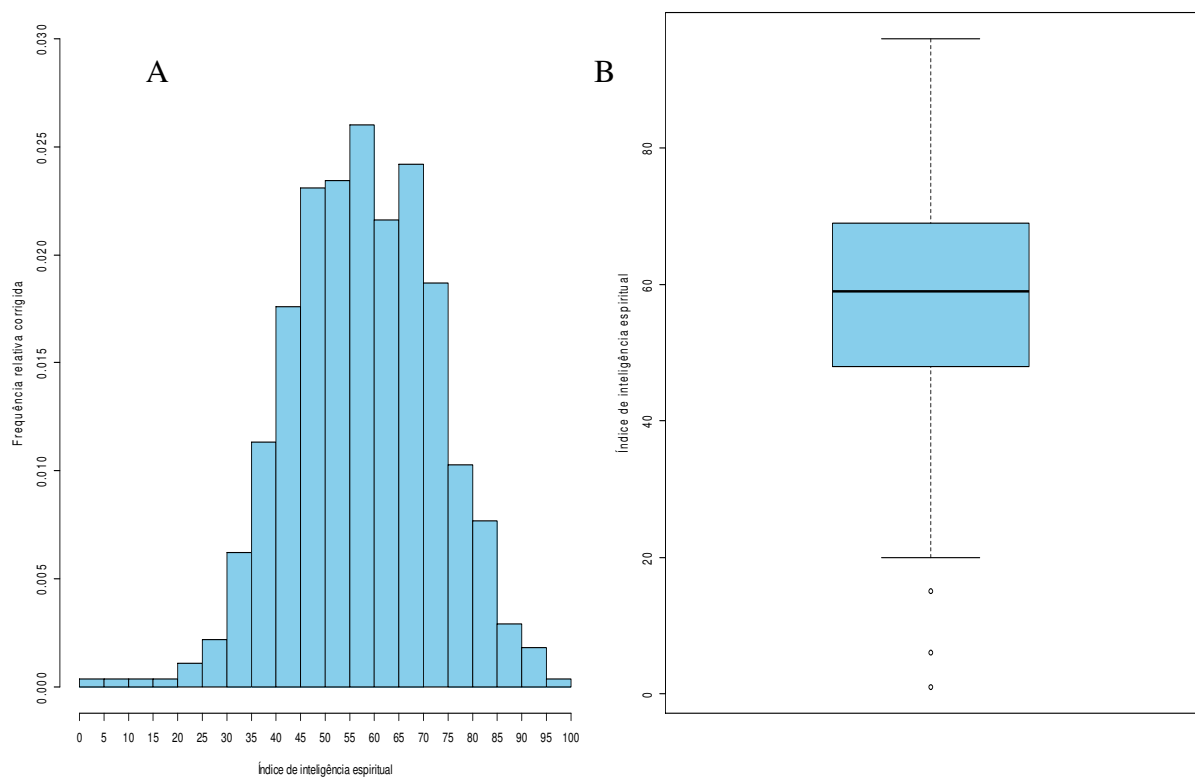


Figura 4 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)

4.4.1. Análise fatorial e estrutura conceptual da escala

Após o estudo global do índice de inteligência espiritual dos enfermeiros, procedemos agora a uma análise da estrutura conceptual (estrutura latente) desta escala através de uma análise fatorial, tendo em vista a identificação dos fatores subjacentes às

respostas dos enfermeiros. Tais fatores permitirão identificar as dimensões que descrevem as mesmas, ou seja, compreender as motivações que estão por trás do padrão encontrado nos dados. Será também possível validar a escala do questionário, ou seja, medir a validade deste para o objetivo pretendido. Em primeiro lugar, para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise fatorial, apresentamos de seguida a matriz de correlações entre as respostas, observando-se a existência de muitas correlações moderadas (embora exista apenas uma que pode ser considerada elevada).

Tabela 55 - Matriz de correlações dos itens do Inventário de Inteligência Espiritual

Item	Item							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.000	0.524	0.592	0.294	0.352	-0.168	0.319	0.219
2	0.524	1.000	0.634	0.508	0.383	-0.269	0.443	0.368
3	0.592	0.634	1.000	0.465	0.458	-0.231	0.421	0.295
4	0.294	0.508	0.465	1.000	0.388	-0.102	0.313	0.641
5	0.352	0.383	0.458	0.388	1.000	-0.095	0.272	0.295
6	-0.168	-0.269	-0.231	-0.102	-0.095	1.000	-0.198	-0.039
7	0.319	0.443	0.421	0.313	0.272	-0.198	1.000	0.361
8	0.219	0.368	0.295	0.641	0.295	-0.039	0.361	1.000
9	0.246	0.238	0.228	0.266	0.155	0.005	0.236	0.253
10	0.350	0.532	0.464	0.395	0.302	-0.226	0.418	0.340
11	0.319	0.460	0.376	0.318	0.243	-0.196	0.560	0.240
12	0.231	0.383	0.284	0.529	0.162	-0.080	0.367	0.618
13	0.460	0.577	0.591	0.425	0.450	-0.249	0.506	0.306
14	0.336	0.398	0.309	0.244	0.198	-0.246	0.410	0.270
15	0.265	0.414	0.306	0.285	0.231	-0.163	0.504	0.275
16	0.209	0.366	0.326	0.642	0.368	-0.024	0.282	0.626
17	0.438	0.486	0.592	0.496	0.452	-0.146	0.433	0.376
18	0.329	0.501	0.418	0.401	0.306	-0.290	0.490	0.351
19	0.307	0.430	0.413	0.360	0.222	-0.223	0.515	0.307
20	0.250	0.325	0.321	0.213	0.195	-0.252	0.409	0.176
21	0.354	0.417	0.425	0.321	0.396	-0.139	0.344	0.223
22	0.402	0.535	0.462	0.398	0.378	-0.264	0.509	0.338
23	0.347	0.511	0.405	0.321	0.293	-0.225	0.550	0.279
24	0.217	0.342	0.296	0.643	0.289	-0.042	0.284	0.635

Tabela 55 - Matriz de correlações dos itens do Inventário de Inteligência Espiritual (cont.)

Item	Item							
	9	10	11	12	13	14	15	16
1	0.246	0.350	0.319	0.231	0.460	0.336	0.265	0.209
2	0.238	0.532	0.460	0.383	0.577	0.398	0.414	0.366
3	0.228	0.464	0.376	0.284	0.591	0.309	0.306	0.326
4	0.266	0.395	0.318	0.529	0.425	0.244	0.285	0.642
5	0.155	0.302	0.243	0.162	0.450	0.198	0.231	0.368
6	0.005	-0.226	-0.196	-0.080	-0.249	-0.246	-0.163	-0.024
7	0.236	0.418	0.560	0.367	0.506	0.410	0.504	0.282
8	0.253	0.340	0.240	0.618	0.306	0.270	0.275	0.626
9	1.000	0.399	0.243	0.292	0.294	0.215	0.240	0.240
10	0.399	1.000	0.480	0.440	0.552	0.375	0.356	0.337
11	0.243	0.480	1.000	0.425	0.552	0.454	0.476	0.265
12	0.292	0.440	0.425	1.000	0.372	0.305	0.326	0.565
13	0.294	0.552	0.552	0.372	1.000	0.461	0.434	0.395
14	0.215	0.375	0.454	0.305	0.461	1.000	0.489	0.289
15	0.240	0.356	0.476	0.326	0.434	0.489	1.000	0.309
16	0.240	0.337	0.265	0.565	0.395	0.289	0.309	1.000
17	0.341	0.518	0.434	0.410	0.598	0.301	0.393	0.495
18	0.248	0.519	0.492	0.443	0.567	0.482	0.421	0.413
19	0.243	0.437	0.592	0.433	0.521	0.482	0.383	0.336
20	0.147	0.368	0.441	0.309	0.427	0.470	0.378	0.255
21	0.201	0.338	0.334	0.172	0.501	0.255	0.303	0.279
22	0.247	0.473	0.473	0.368	0.571	0.491	0.471	0.386
23	0.217	0.461	0.610	0.427	0.568	0.501	0.572	0.332
24	0.318	0.361	0.262	0.576	0.308	0.264	0.278	0.711

Tabela 55 - Matriz de correlações dos itens do Inventário de Inteligência Espiritual
(cont.)

Item	Item							
	17	18	19	20	21	22	23	24
1	0.438	0.329	0.307	0.250	0.354	0.402	0.347	0.217
2	0.486	0.501	0.430	0.325	0.417	0.535	0.511	0.342
3	0.592	0.418	0.413	0.321	0.425	0.462	0.405	0.296
4	0.496	0.401	0.360	0.213	0.321	0.398	0.321	0.643
5	0.452	0.306	0.222	0.195	0.396	0.378	0.293	0.289
6	-0.146	-0.290	-0.223	-0.252	-0.139	-0.264	-0.225	-0.042
7	0.433	0.490	0.515	0.409	0.344	0.509	0.550	0.284
8	0.376	0.351	0.307	0.176	0.223	0.338	0.279	0.635
9	0.341	0.248	0.243	0.147	0.201	0.247	0.217	0.318
10	0.518	0.519	0.437	0.368	0.338	0.473	0.461	0.361
11	0.434	0.492	0.592	0.441	0.334	0.473	0.610	0.262
12	0.410	0.443	0.433	0.309	0.172	0.368	0.427	0.576
13	0.598	0.567	0.521	0.427	0.501	0.571	0.568	0.308
14	0.301	0.482	0.482	0.470	0.255	0.491	0.501	0.264
15	0.393	0.421	0.383	0.378	0.303	0.471	0.572	0.278
16	0.495	0.413	0.336	0.255	0.279	0.386	0.332	0.711
17	1.000	0.577	0.501	0.323	0.453	0.467	0.455	0.421
18	0.577	1.000	0.589	0.496	0.405	0.626	0.550	0.363
19	0.501	0.589	1.000	0.466	0.314	0.474	0.583	0.319
20	0.323	0.496	0.466	1.000	0.330	0.487	0.545	0.211
21	0.453	0.405	0.314	0.330	1.000	0.538	0.378	0.245
22	0.467	0.626	0.474	0.487	0.538	1.000	0.634	0.396
23	0.455	0.550	0.583	0.545	0.378	0.634	1.000	0.342
24	0.421	0.363	0.319	0.211	0.245	0.396	0.342	1.000

Além disso, procedemos ao cálculo da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, mostrada na tabela 56 para cada item e para a totalidade da escala (valor global). Assim, o valor global é de 0.943, o que é muito bom, e os valores para cada item são todos muito elevados, muito superiores a 0.5 (superiores a 0.9 em todo os casos, o que é muito elevado), indicando que todos os itens podem ser utilizados, pois ajustam-se à estrutura definida pelos outros itens. Em resultado, podemos afirmar que a fatorabilidade da matriz de correlações é muito boa, ou seja, é apropriado efetuar uma análise fatorial com estes dados.

**Tabela 56 - Medida de adequação da amostragem KMO
escala do Inventário de Inteligência Espiritual**

Itens	KMO	Itens	KMO
1	0.934	13	0.970
2	0.950	14	0.939
3	0.927	15	0.942
4	0.942	16	0.919
5	0.948	17	0.942
6	0.924	18	0.952
7	0.957	19	0.953
8	0.911	20	0.953
9	0.919	21	0.945
10	0.960	22	0.950
11	0.951	23	0.947
12	0.933	24	0.918
		Global	0.943

Assim, realizou-se uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de fatores a reter. A regra que consiste em seleccionar os fatores cujos valores próprios associados, sejam superiores a 1 (regra de Kaiser) conduz a uma solução com 4 fatores, pois é o quarto factor o último que a cumpre, o que é um bom número (explicando 60.6% da variância total, o que é aceitável). A regra que consiste em explicar 80% da variância total (regra de Pearson) conduz a uma solução com 11 fatores, o que é muito elevado (relembre-se que a escala tem 24 itens), complicando a análise e conduzindo a fatores sem significado e de difícil interpretação (o conjunto dos primeiros 11 fatores explica 80.8% da variância total). Finalmente, a regra baseada no “scree plot”, em que se retém o número de fatores em que ocorre a maior quebra da percentagem da variância explicada (regra de Cattell), conduz a reter 4 fatores, coincidindo com a regra de Kaiser. Assim, a solução com 4 fatores afigura-se a mais apropriada, pelo que será adoptada.

Tabela 57 - Valores próprios e variância explicada dos fatores relativos à escala do Inventário de Inteligência Espiritual

Factor	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	9.850	41.041	41.041
2	2.167	9.031	50.073
3	1.511	6.294	56.366
4	1.009	4.203	60.570
5	0.927	3.864	64.433
6	0.793	3.303	67.737
7	0.757	3.152	70.889
8	0.673	2.803	73.692
9	0.615	2.564	76.256
10	0.551	2.294	78.550
11	0.537	2.237	80.787
12	0.511	2.129	82.916
13	0.488	2.035	84.952
14	0.463	1.928	86.880
15	0.440	1.831	88.711
16	0.389	1.623	90.334
17	0.366	1.525	91.859
18	0.349	1.453	93.312
19	0.307	1.281	94.592
20	0.299	1.244	95.837
21	0.276	1.148	96.985
22	0.253	1.054	98.039
23	0.247	1.027	99.067
24	0.224	0.933	100.000

Assim, os resultados da análise fatorial forçada a 4 fatores seguida de rotação Varimax e normalização de Kaiser são dados na tabela 58 onde se indicam os pesos factoriais dos diferentes itens em cada factor, encontrando-se a negrito o peso mais elevado de cada item (para mais fácil leitura e interpretação da tabela, os itens estão indicados pela ordem do factor em que saturam e não pela ordem do questionário). Outras soluções factoriais foram ensaiadas, mas esta solução com 4 fatores revelou-se a mais adequada para a interpretação (a consideração de um número de fatores mais elevado conduz a fatores desnecessários ou a um pequeno acréscimo da variância explicada e a consideração de um número inferior não é suficiente, pois faz com que a representação de vários itens seja de má qualidade, conduz a fatores de difícil interpretação e com

pouco significativo e diminui a percentagem da variância explicada). Em resultado, conclui-se que 4 fatores são suficientes para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Refira-se que os pesos factoriais apresentam geralmente valores elevados ou, pelo menos, aceitáveis, o que permite concluir novamente que a solução fatorial obtida tem boa qualidade. A tabela 58 também mostra as comunalidades, ou seja, a percentagem da variância de cada variável (item) explicada conjuntamente pelos 4 fatores extraídos. Verifica-se que essa percentagem é superior a 50% em quase todos os itens (e as comunalidades que não verificam esta condição estão muito próximas deste valor), pois apenas dois itens não atingem tal valor, sendo boa nalguns itens e elevada noutros, o que significa mais uma vez que os resultados desta análise fatorial são de boa qualidade.

Tabela 58 - Estrutura fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual

Itens	Fact.1	Fact.2	Fact.3	Fact.4	Comunalidades
7	0.651	0.260	0.166	0.083	0.526
10	0.488	0.414	0.234	0.258	0.531
11	0.730	0.220	0.110	0.144	0.614
14	0.687	0.139	0.135	-0.058	0.513
15	0.647	0.159	0.160	0.092	0.478
18	0.642	0.329	0.286	-0.073	0.607
19	0.697	0.207	0.216	0.049	0.578
20	0.689	0.139	0.086	-0.168	0.529
22	0.598	0.435	0.239	-0.114	0.617
23	0.765	0.249	0.171	-0.012	0.677
1	0.219	0.694	0.030	0.108	0.542
2	0.399	0.621	0.248	-0.029	0.607
3	0.251	0.780	0.162	0.006	0.697
5	0.038	0.677	0.248	-0.077	0.527
13	0.529	0.599	0.169	0.055	0.670
17	0.347	0.597	0.336	0.181	0.622
21	0.277	0.607	0.098	-0.041	0.456
4	0.136	0.385	0.747	0.008	0.725
8	0.164	0.145	0.817	0.054	0.718
12	0.411	0.028	0.687	0.162	0.669
16	0.176	0.216	0.817	0.009	0.745
24	0.178	0.153	0.824	0.092	0.742
6	-0.341	-0.207	0.038	0.562	0.476
9	0.238	0.220	0.171	0.733	0.671

Assim, o primeiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: A capacidade que tenho em encontrar sentido e objetivo na vida ajuda-me a ultrapassar situações de stress; Reconheço a existência de uma ligação profunda entre mim e as outras pessoas; Sou capaz de definir um propósito ou razão para a minha vida; Defino-me pelo meu interior e não pelo físico; Quando experimento fracasso, continuo capaz de encontrar sentido nisso; Tenho elevada consciência dos aspetos não materiais da vida; Sou capaz de tomar decisões de acordo com o propósito da minha vida; Reconheço nas outras pessoas qualidades que são mais importantes do que o aspeto físico, personalidade ou emoções; Reconhecer os aspetos não materiais da vida ajuda-me e concentra-me no essencial; Consigo encontrar um sentido e um propósito nas experiências do meu dia-a-dia, pelo que, este factor pode ser designado como a dimensão da **Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente**. O segundo factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: Muitas vezes me questioneei e ponderei sobre a natureza da realidade; Reconheço aspetos em mim que vão para além do meu corpo físico; Já passei tempo a refletir sobre o propósito ou a razão da minha existência; Penso muito acerca daquilo que acontece após a morte; Penso muitas vezes acerca do significado dos acontecimentos na minha vida; Refleti muitas vezes na relação que existe entre os seres humanos e o resto do universo; Pensei muitas vezes sobre a existência ou não de um ser ou força superior (por exemplo: deus, deusas, divindades, energia suprema, etc.), pelo que, este factor pode ser designado como a dimensão do **Pensamento crítico sobre a existência**. O terceiro factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens; Sou capaz de entrar em estados transcendentais de consciência ou de conhecimento; Consigo controlar quando entro em estados transcendentais de consciência ou conhecimento; Consigo mover-me livremente entre níveis de consciência ou de conhecimento; Consigo compreender mais facilmente os problemas e as escolhas que faço quando me encontro em estados transcendentais de consciência/conhecimento; Desenvolvi as minhas próprias técnicas de forma a conseguir entrar em estados transcendentais de consciência ou conhecimento, pelo que, este factor pode ser designado como a dimensão do **Estado consciente de expansão**. O quarto factor apresenta pesos factoriais elevados dos itens: É difícil para mim atribuir valor a outras coisas que não sejam físicas ou materiais (relembre-se que a

escala foi invertida neste item); Desenvolvi as minhas próprias teorias acerca da vida, da morte, da realidade e da existência, pelo que, este factor pode ser designado como a dimensão da **Percepção pessoal do ser**.

A tabela 59 mostra os coeficientes de cada item nos quatro fatores (*component scores*)

Tabela 59 - Coeficientes dos itens nos fatores do Inventário de Inteligência Espiritual

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	-0.081	0.283	-0.111	0.094
2	-0.025	0.181	-0.011	-0.061
3	-0.103	0.302	-0.057	-0.021
4	-0.114	0.062	0.249	-0.089
5	-0.165	0.290	0.024	-0.114
6	-0.068	-0.036	0.005	0.534
7	0.154	-0.042	-0.039	0.065
8	-0.056	-0.071	0.300	-0.050
9	0.028	0.022	-0.072	0.684
10	0.058	0.058	-0.035	0.220
11	0.197	-0.073	-0.073	0.133
12	0.072	-0.168	0.223	0.075
13	0.034	0.150	-0.065	0.032
14	0.195	-0.104	-0.022	-0.064
15	0.176	-0.089	-0.029	0.076
16	-0.068	-0.038	0.296	-0.094
17	-0.044	0.167	0.008	0.129
18	0.121	-0.019	0.023	-0.101
19	0.176	-0.084	-0.012	0.028
20	0.198	-0.096	-0.029	-0.164
21	-0.050	0.221	-0.058	-0.055
22	0.086	0.048	0.000	-0.136
23	0.194	-0.072	-0.035	-0.024
24	-0.053	-0.071	0.296	-0.014

Para a avaliação da qualidade do modelo fatorial obtido a tabela 60 apresenta a matriz dos resíduos, ou seja, a matriz das diferenças entre as correlações observadas entre as competências e as correlações estimadas (reproduzidas) pelo modelo fatorial com os quatro fatores retidos. Existem apenas 71 resíduos (25%) com valor absoluto superior a 0.05, o que indica um bom ajustamento (considera-se que o ajustamento é bom quando a percentagem destes resíduos é inferior a 50%). Além disso, o índice da

qualidade do ajustamento ou *Goodness of Fit Index* (GFI) é 0.925, o que indica um bom ajustamento (valores do GFI superiores a 0.95 indicam um ajustamento muito bom, sendo 1 o valor máximo deste indicador, o que mostra que o ajustamento obtido é de facto bom). O GFI ajustado, designado por AGFI, é 0.879, o que é ainda elevado, confirmando a boa qualidade do ajustamento. Por sua vez, o *Root mean square residual* (RMSR) é 0.049, o que significa novamente que o ajustamento é bom (considera-se geralmente que valores de RMSR inferiores a 0.05 representam um ajustamento muito bom). Em resumo, todos os coeficientes mostram que o ajustamento tem uma boa qualidade.

Tabela 60 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual

Item	Item							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1		0.001	-0.010	-0.027	-0.124	-0.012	-0.018	0.052
2	0.001		0.010	0.030	-0.116	0.002	-0.018	0.012
3	-0.010	0.010		0.009	-0.119	0.006	0.027	0.008
4	-0.027	0.030	0.009		-0.063	-0.009	0.000	-0.048
5	-0.124	-0.116	-0.119	-0.063		0.091	0.037	-0.007
6	-0.012	0.002	0.006	-0.009	0.091		0.025	-0.014
7	-0.018	-0.018	0.027	0.000	0.037	0.025		0.077
8	0.052	0.012	0.008	-0.048	-0.007	-0.014	0.077	
9	-0.043	-0.014	-0.036	0.015	0.011	-0.287	-0.065	0.003
10	-0.079	0.029	-0.021	-0.008	-0.034	-0.128	-0.067	-0.005
11	-0.013	0.009	0.002	0.051	0.051	0.013	-0.003	-0.009
12	0.084	0.036	0.046	-0.052	-0.031	-0.051	-0.036	-0.023
13	-0.083	-0.046	-0.037	-0.004	-0.013	0.017	-0.026	-0.009
14	0.091	0.003	0.007	-0.003	0.040	0.045	-0.091	0.030
15	-0.002	0.020	-0.007	0.016	0.066	0.032	0.007	0.010
16	-0.005	-0.041	-0.019	-0.075	0.013	0.045	-0.025	-0.102
17	-0.081	-0.102	-0.016	-0.033	-0.034	-0.019	-0.019	-0.052
18	-0.040	-0.032	-0.045	-0.026	-0.018	0.027	-0.055	-0.032
19	-0.001	-0.029	0.041	0.024	0.006	0.022	-0.033	-0.016
20	0.018	-0.063	0.027	0.003	0.040	0.103	-0.076	-0.018
21	-0.126	-0.096	-0.133	-0.023	-0.052	0.100	-0.007	0.012
22	-0.026	-0.036	-0.065	-0.029	-0.007	0.085	-0.024	-0.012
23	0.003	0.009	-0.009	-0.006	0.052	0.087	-0.040	-0.021
24	0.037	-0.025	-0.002	-0.056	-0.019	-0.033	-0.015	-0.094

Tabela 60 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual (cont.)

Item	Item							
	9	10	11	12	13	14	15	16
1	-0.043	-0.079	-0.013	0.084	-0.083	0.091	-0.002	-0.005
2	-0.014	0.029	0.009	0.036	-0.046	0.003	0.020	-0.041
3	-0.036	-0.021	0.002	0.046	-0.037	0.007	-0.007	-0.019
4	0.015	-0.008	0.051	-0.052	-0.004	-0.003	0.016	-0.075
5	0.011	-0.034	0.051	-0.031	-0.013	0.040	0.066	0.013
6	-0.287	-0.128	0.013	-0.051	0.017	0.045	0.032	0.045
7	-0.065	-0.067	-0.003	-0.036	-0.026	-0.091	0.007	-0.025
8	0.003	-0.005	-0.009	-0.023	-0.009	0.030	0.010	-0.102
9		-0.037	-0.104	-0.048	-0.033	0.040	-0.044	0.004
10	-0.037		-0.031	0.025	-0.007	-0.035	-0.086	-0.032
11	-0.104	-0.031		0.019	0.008	-0.085	-0.062	-0.002
12	-0.048	0.025	0.019		0.013	-0.066	-0.070	-0.077
13	-0.033	-0.007	0.008	0.013		-0.006	-0.036	0.034
14	0.040	-0.035	-0.085	-0.066	-0.006		0.006	0.029
15	-0.044	-0.086	-0.062	-0.070	-0.036	0.006		0.029
16	0.004	-0.032	-0.002	-0.077	0.034	0.029	0.029	
17	-0.063	-0.023	-0.013	-0.010	-0.009	-0.055	0.003	0.029
18	0.028	0.022	-0.070	-0.014	-0.014	-0.047	-0.085	-0.003
19	-0.042	-0.052	0.007	-0.016	-0.010	-0.052	-0.140	-0.008
20	0.062	-0.002	-0.077	-0.011	-0.026	-0.044	-0.088	0.035
21	0.015	-0.060	-0.006	-0.019	-0.023	-0.034	0.016	0.020
22	0.051	-0.026	-0.070	-0.036	-0.040	-0.019	-0.014	-0.007
23	-0.041	-0.052	-0.020	-0.010	-0.014	-0.083	0.012	0.004
24	0.033	-0.006	-0.005	-0.083	-0.021	0.015	-0.002	-0.027

Tabela 60 - Matriz de resíduos do modelo fatorial do Inventário de Inteligência Espiritual (cont.)

Item	Item							
	17	18	19	20	21	22	23	24
1	-0.081	-0.040	-0.001	0.018	-0.126	-0.026	0.003	0.037
2	-0.102	-0.032	-0.029	-0.063	-0.096	-0.036	0.009	-0.025
3	-0.016	-0.045	0.041	0.027	-0.133	-0.065	-0.009	-0.002
4	-0.033	-0.026	0.024	0.003	-0.023	-0.029	-0.006	-0.056
5	-0.034	-0.018	0.006	0.040	-0.052	-0.007	0.052	-0.019
6	-0.019	0.027	0.022	0.103	0.100	0.085	0.087	-0.033
7	-0.019	-0.055	-0.033	-0.076	-0.007	-0.024	-0.040	-0.015
8	-0.052	-0.032	-0.016	-0.018	0.012	-0.012	-0.021	-0.094
9	-0.063	0.028	-0.042	0.062	0.015	0.051	-0.041	0.033
10	-0.023	0.022	-0.052	-0.002	-0.060	-0.026	-0.052	-0.006
11	-0.013	-0.070	0.007	-0.077	-0.006	-0.070	-0.020	-0.005
12	-0.010	-0.014	-0.016	-0.011	-0.019	-0.036	-0.010	-0.083
13	-0.009	-0.014	-0.010	-0.026	-0.023	-0.040	-0.014	-0.021
14	-0.055	-0.047	-0.052	-0.044	-0.034	-0.019	-0.083	0.015
15	0.003	-0.085	-0.140	-0.088	0.016	-0.014	0.012	-0.002
16	0.029	-0.003	-0.008	0.035	0.020	-0.007	0.004	-0.027
17		0.075	0.054	0.003	-0.030	-0.060	-0.014	-0.026
18	0.075		0.016	-0.028	-0.003	0.022	-0.072	-0.030
19	0.054	0.016		-0.053	-0.024	-0.079	-0.039	-0.018
20	0.003	-0.028	-0.053		0.040	-0.026	-0.033	0.011
21	-0.030	-0.003	-0.024	0.040		0.081	-0.002	0.027
22	-0.060	0.022	-0.079	-0.026	0.081		0.025	0.037
23	-0.014	-0.072	-0.039	-0.033	-0.002	0.025		0.028
24	-0.026	-0.030	-0.018	0.011	0.027	0.037	0.028	

Por fim, procede-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado. Para este efeito, utilizaremos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor para a totalidade do questionário é de 0.923, o que é muito elevado e mostra uma excelente consistência interna do questionário.

Através de toda a descrição que acabámos de fazer concluímos que a versão do SISRI-24 adaptada e validada para a língua portuguesa é um instrumento fiável, válido e sensível para aferir o índice de inteligência espiritual dos enfermeiros.

4.4.2. Análise das dimensões da escala

Procede-se agora à análise descritiva e comparação das dimensões identificadas anteriormente.

Dimensão: Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente

À semelhança da escala global, apresenta-se em primeiro lugar a distribuição do número de respostas desta dimensão por cada categoria de resposta. Observa-se uma grande concentração das respostas nas categorias “É muito verdadeiro para mim” (39.9% das respostas) e “Tem alguma verdade para mim” (28.4%) que representam em conjunto 68.3% das respostas, seguindo-se “É completamente verdadeiro para mim” (24.7%), “Não é muito verdadeiro para mim” (5.6%) e “Não é de todo verdadeiro para mim” (1.4%). Logo, conclui-se que o grau de veracidade é extremamente elevado, pois predominam as categorias mais altas – as três categorias mais altas representam em conjunto 93% das respostas e as duas mais altas representam 64.6% das respostas. Em contrapartida, as categorias de grau mais baixo representam em conjunto apenas 7%, o que é muito reduzido.

Tabela 61 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: ‘Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente’ do Inventário de Inteligência Espiritual – Frequências absolutas e relativas

Categoria	N	%
Não é de todo verdadeiro para mim	8	1.4
Não é muito verdadeiro para mim	30	5.6
Tem alguma verdade para mim	155	28.4
É muito verdadeiro para mim	218	39.9
É completamente verdadeiro para mim	135	24.7
Total	546	100.0

O índice de inteligência espiritual desta primeira dimensão varia entre 0 e 40 pontos (uma vez que esta dimensão é composta por 10 questões). A distribuição do índice é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0.44), o que significa que predominam os índices intermédios e elevados. Com efeito, nota-se que o núme-

ro de enfermeiros aumenta rapidamente até à classe entre 25 e 30 e decresce gradualmente a partir daí até ao máximo (40). Em consequência, regista-se o predomínio dos valores entre 20 e 40, onde se destacam os valores entre 20 e 35 e, mais acentuadamente ainda, a classe entre 25 e 30. Em contrapartida, existem muito poucos enfermeiros com índice inferior a 20. Este comportamento, claramente visível no histograma, mostra também que o índice não tem distribuição normal.

Assim, a pontuação média é 28, coincidente com a mediana (ou seja, metade dos enfermeiros tem índice até 28), o 1º quartil é 24 (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem índice até este valor) e o 3º quartil é 33 (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm índice até este valor), o que mostra que o índice está concentrado em torno da classe entre 25 e 30. Em resultado, a dispersão é moderada, reflectida no valor do coeficiente de variação (23.6%).

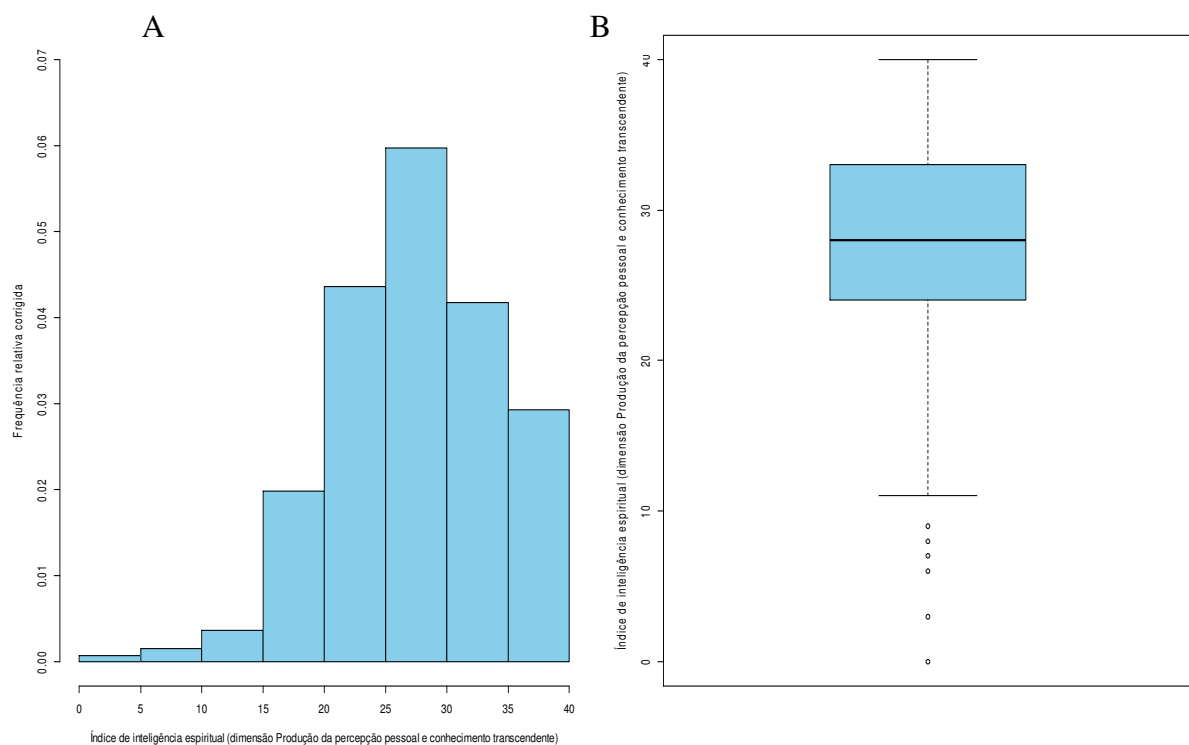


Figura 5 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente na amostra estudada (A –Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)

Dimensão: Pensamento crítico sobre a existência

Observa-se uma grande concentração das respostas nas categorias “É muito verdadeiro para mim” (30% das respostas), “É completamente verdadeiro para mim” (28.9%) e “Tem alguma verdade para mim” (27.8%) que representam em conjunto 86.7% das respostas, seguindo-se “Não é muito verdadeiro para mim” (9.6%) e “Não é de todo verdadeiro para mim” (3.8%). Logo, conclui-se que o grau de veracidade é extremamente elevado, pois predominam as categorias mais altas – as três categorias mais altas representam em conjunto 86.7% das respostas, conforme referido acima, e as duas mais altas representam 58.9% das respostas. Em contrapartida, as categorias de grau mais baixo representam em conjunto apenas 13.4%.

Tabela 62 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: Pensamento crítico sobre a existência do Inventário de Inteligência Espiritual – frequências absolutas e relativas

Categoria	n	%
Não é de todo verdadeiro para mim	20	3.8
Não é muito verdadeiro para mim	52	9.6
Tem alguma verdade para mim	152	27.8
É muito verdadeiro para mim	164	30.0
É completamente verdadeiro para mim	158	28.9
Total	546	100.0

O índice de inteligência espiritual desta dimensão varia entre 0 e 28 pontos (uma vez que esta dimensão é composta por 7 questões). A distribuição do índice é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0.42), o que significa que predominam os índices intermédios e elevados. Com efeito, nota-se que o número de enfermeiros aumenta rapidamente até à classe entre 16 e 20 e decresce lentamente a partir daí até ao máximo (28). Em consequência, regista-se o predomínio dos valores entre 12 e 28, onde se destacam os valores entre 16 e 24. Em contrapartida, existem muito poucos en-

fermeiros com índice inferior a 12. Este comportamento, claramente visível no histograma (figura 6), mostra também que o índice não tem distribuição normal.

Assim, a pontuação média é 19, coincidente com a mediana (ou seja, metade dos enfermeiros tem índice até 28), o 1º quartil é 15 (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem índice até este valor) e o 3º quartil é 23 (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm índice até este valor), o que mostra que o índice está concentrado em torno da classe entre 16 e 20. Em resultado, a dispersão é moderada, reflectida no valor do coeficiente de variação (29.1%).

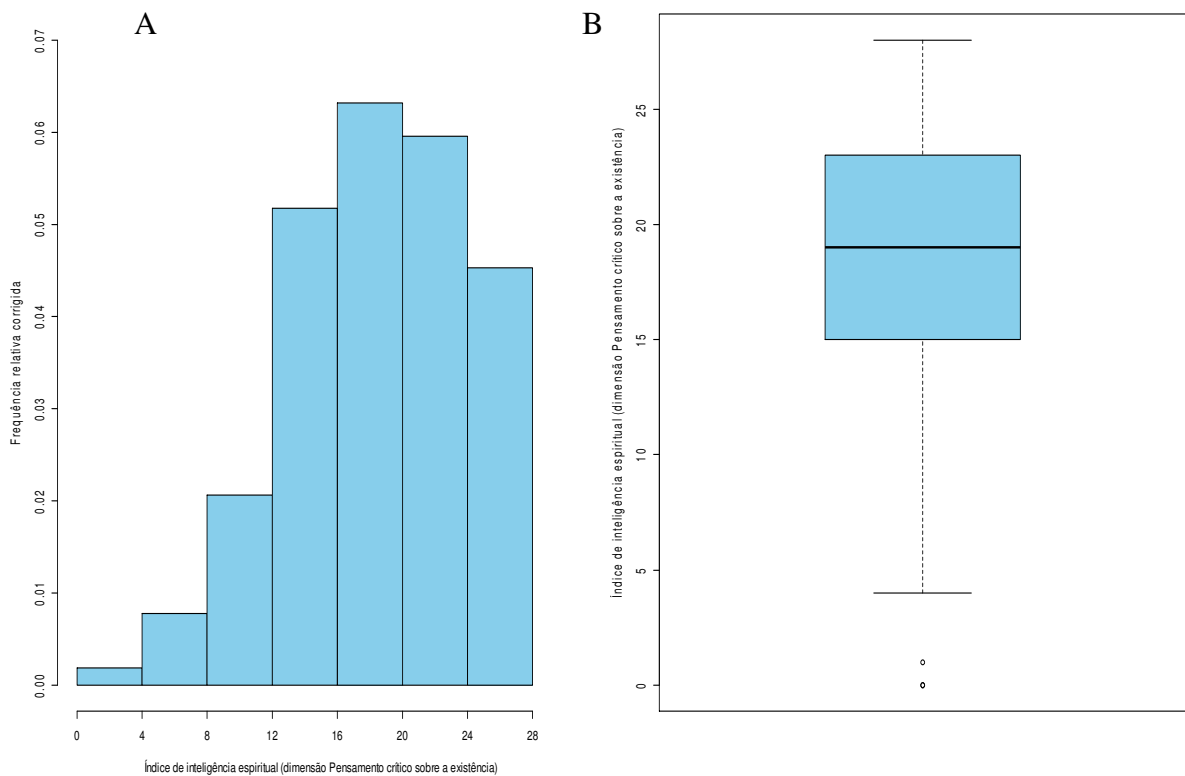


Figura 6 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Pensamento crítico sobre a existência na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)

Dimensão: Estado consciente de expansão

Contrariamente às dimensões anteriores, observa-se uma grande dispersão das respostas. A categoria “Tem alguma verdade para mim” (32.7% das respostas) é novamente a mais frequente, mas agora seguem-se “Não é muito verdadeiro para mim” (28.1%), “Não é de todo verdadeiro para mim” (18%) e, por fim, “É muito verdadeiro para mim” (15.8%) e “É completamente verdadeiro para mim” (5.5%), o que é um padrão diferente das dimensões anteriores. Consequentemente, conclui-se que o grau de veracidade é apenas moderado ou mesmo um pouco baixo e muito inferior ao das duas dimensões anteriores, pois as duas categorias mais baixas representam em conjunto 46.1% das respostas (perto de metade) e as duas mais altas representam apenas 21.2%.

Tabela 63 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: Estado consciente de expansão do Inventário de Inteligência Espiritual – frequências absolutas e relativas

Categoria	n	%
Não é de todo verdadeiro para mim	98	18.0
Não é muito verdadeiro para mim	154	28.1
Tem alguma verdade para mim	178	32.7
É muito verdadeiro para mim	86	15.8
É completamente verdadeiro para mim	30	5.5
Total	546	100.0

O índice de inteligência espiritual desta dimensão varia entre 0 e 20 pontos (uma vez que esta dimensão é composta por 5 questões). A distribuição do índice é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.23), o que significa que predominam os índices baixos e intermédios. Com efeito, nota-se que predominam os enfermeiros com índice até 10 (o ponto médio da escala), destacando-se as classes entre 4 e 10 e decrescendo rapidamente a partir daí, existindo poucos enfermeiros com índices elevados (existem poucos a partir de 14 e muito poucos a partir de 16, embora existem alguns que atingem o máximo). Note-se também a grande importância dos valores mais baixos

(até 2). Este comportamento, claramente visível no histograma (figura 7), mostra também que o índice não tem distribuição normal.

Assim, a pontuação média é apenas de 8 (inferior ao ponto médio da escala, ou seja, 10), coincidente com a mediana (ou seja, metade dos enfermeiros tem índice até 8 apenas), o 1º quartil é 5 (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem índice até este valor) e o 3º quartil é 11 (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm índice até este valor), o que mostra o predomínio dos valores baixos. A existência de alguns valores elevados, a par destes valores baixos e muito baixos, conduz a uma grande dispersão, reflectida no valor do coeficiente de variação (56.8%).

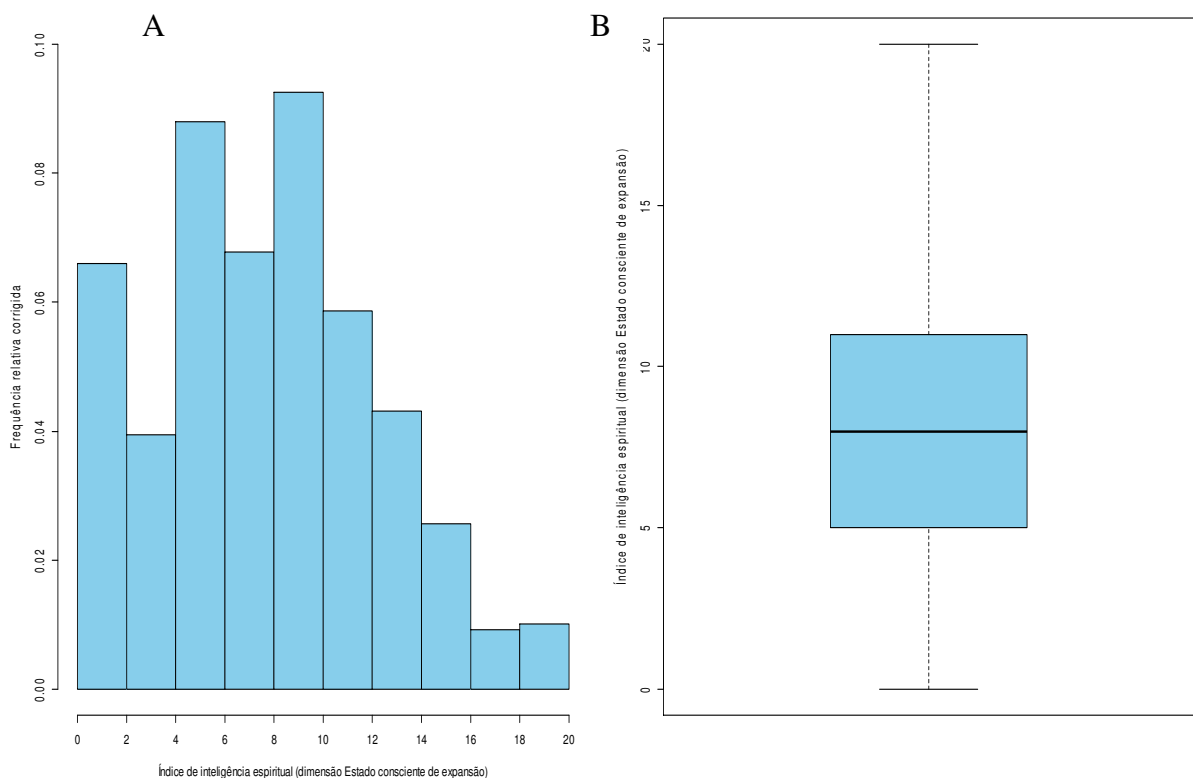


Figura 7 – Distribuição do Índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Estado consciente de expansão na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)

Dimensão: Percepção pessoal do ser

Predominam as categorias mais baixas (relembre-se que a escala da questão 6 foi invertida). Com efeito, a categoria “Não é de todo verdadeiro para mim” (28% das respostas) é a mais frequente, seguindo-se “Tem alguma verdade para mim” (25.8% das respostas), “Não é muito verdadeiro para mim” (25.5%), “É muito verdadeiro para mim” (13.2%) e “É completamente verdadeiro para mim” (7.5%). Consequentemente, conclui-se que o grau de veracidade é baixo e inferior ao das outras dimensões, pois as duas categorias mais baixas representam em conjunto 53.5% das respostas (mais de metade), sendo a categoria mais baixa a mais frequente, e as duas mais altas representam apenas 20.7%.

Tabela 64 - Distribuição das respostas pelas categorias da dimensão: Percepção pessoal do ser do Inventário de Inteligência Espiritual – frequências absolutas e relativas

Categoria	n	%
Não é de todo verdadeiro para mim	153	28.0
Não é muito verdadeiro para mim	139	25.5
Tem alguma verdade para mim	141	25.8
É muito verdadeiro para mim	72	13.2
É completamente verdadeiro para mim	41	7.5
Total	546	100.0

O índice de inteligência espiritual desta dimensão varia entre 0 e 8 pontos (uma vez que esta dimensão é composta por 2 questões). A distribuição do índice é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.45), o que significa que predominam os índices baixos e intermédios. Com efeito, nota-se que predominam os enfermeiros com índice até 4 (o ponto médio da escala), destacando-se as classes entre 1 e 3 e decrescendo rapidamente a partir daí, existindo poucos enfermeiros com índices superiores a 4 e muito poucos com índice superior a 5 (embora existem alguns que atingem o máximo). Note-se também a grande importância dos valores mais baixos (até 1). Este comportamento, claramente visível no histograma (figura 8), mostra também que o índice não tem distribuição normal.

Assim, a pontuação média é apenas de 3 (inferior ao ponto médio da escala, ou seja, 4), coincidente com a mediana (ou seja, metade dos enfermeiros tem índice até 3 apenas), o 1º quartil é 2 (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem índice até este valor) e o 3º quartil é 4 (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm índice até este valor), o que mostra o predomínio dos valores baixos. A existência de alguns valores elevados, a par destes valores baixos e muito baixos, conduz a uma grande dispersão, reflectida no valor do coeficiente de variação (54.8%).

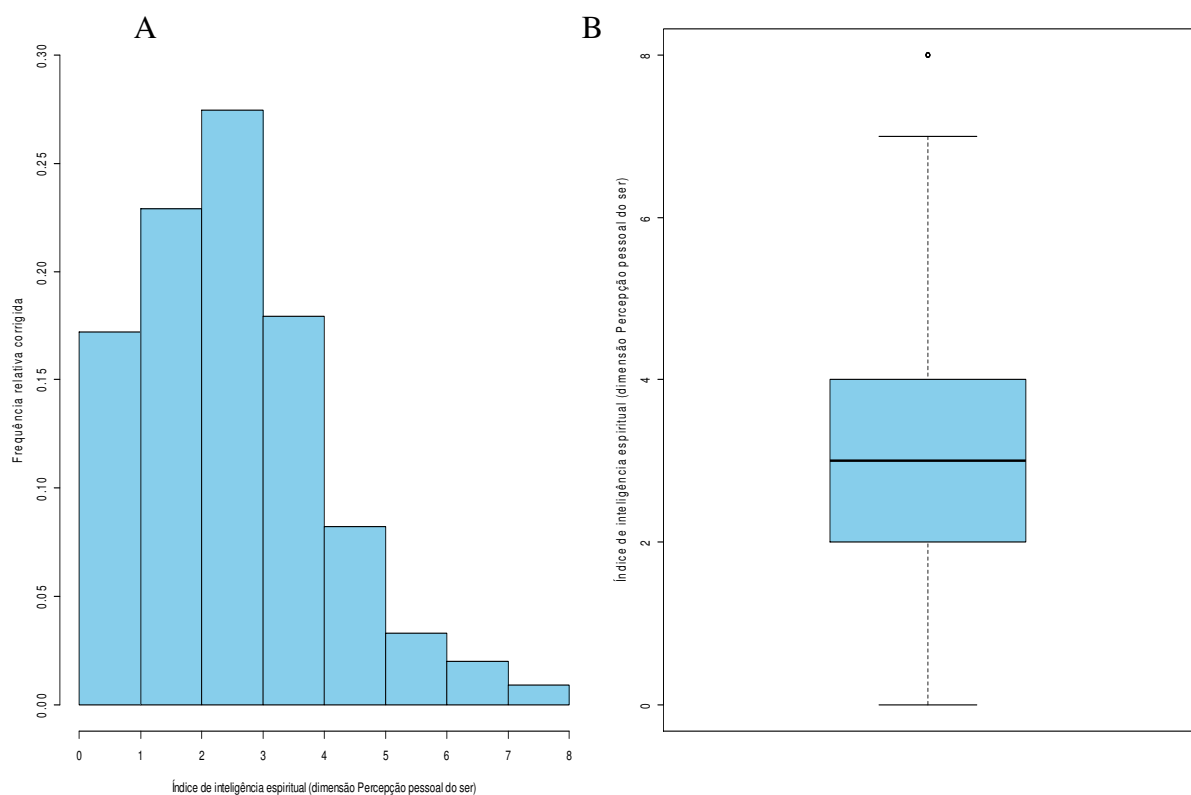


Figura 8 – Distribuição do índice de Inteligência Espiritual da dimensão: Percepção pessoal do ser na amostra estudada (A – Distribuição das frequências relativas; B – Gráfico onde se pode observar a média)

4.4.3. Comparação do índice das dimensões

Em primeiro lugar, calcula-se a matriz de correlações do índice das quatro dimensões e faz-se o respectivo teste de significância. Uma vez que o índice não tem dis-

tribuição normal, recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados, apresentados na tabela 65 (onde está o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor-p do respectivo teste de significância), mostram que só as dimensões: Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente, Pensamento crítico sobre a existência, não estão correlacionadas com a dimensão Percepção pessoal do ser. Assim, as dimensões: Produção da percepção pessoal e Pensamento crítico sobre a existência; Produção da percepção pessoal e Estado consciente de expansão; Pensamento crítico sobre a existência e Estado consciente de expansão; Estado consciente de expansão e Percepção pessoal do ser estão positivamente correlacionadas entre si. As correlações são todas moderadas, com exceção da última (entre as dimensões Estado consciente de expansão e Percepção pessoal do ser) que é fraca. Consequentemente, conclui-se que os enfermeiros que têm índices altos/baixos numa destas dimensões têm também índices altos/baixos na outra. Só não se encontrou associação (conforme referido acima) entre o índice das dimensões Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente e Percepção pessoal do ser e entre o índice das dimensões Pensamento crítico sobre a existência e Percepção pessoal do ser (na tabela as dimensões são indicadas pelo seu número por motivos de espaço).

Tabela 65 - Matriz de correlações das dimensões do Índice de Inteligência Espiritual

Dimensões		Dimensões			
		1	2	3	4
1	coef.	1.000	0.698	0.539	-0.015
	valor-p		≅0.000	≅0.000	0.735
2	coef.	0.698	1.000	0.525	0.031
	valor-p	≅0.000		≅0.000	0.466
3	coef.	0.539	0.525	1.000	0.156
	valor-p	≅0.000	≅0.000		≅0.000
4	coef.	-0.015	0.031	0.156	1.000
	valor-p	0.735	0.466	≅0.000	

Em seguida, uma vez que o índice de inteligência espiritual assume intensidades diferentes nas várias dimensões, torna-se necessário compará-las. Para este efeito, uma vez que as dimensões incluem um número diferente de questões, constrói-se um novo

índice através da divisão pelo valor máximo em cada dimensão. Por exemplo, o valor máximo na primeira dimensão é 40 (10 questões), pelo que o valor obtido para cada enfermeiro nesta dimensão será dividido por 40 e multiplicado por 100, de modo a obter um novo índice que varia entre 0 e 100. Deste modo, obtém-se um índice independente do número de questões em cada dimensão e que já pode ser utilizado para as comparações pretendidas.

Uma vez que este índice não tem distribuição normal, recorre-se ao teste de Wilcoxon para estas comparações múltiplas (pois trata-se de amostras emparelhadas, uma vez que são os mesmos enfermeiros nas diferentes dimensões). A hipótese nula é que o índice médio é igual para duas quaisquer dimensões e a hipótese alternativa é a de que é diferente. A tabela 66 resume os resultados do teste, apresentando a estatística-teste e o respectivo valor-p.

Uma vez que, neste procedimento de comparações múltiplas, os mesmos dados vão ser testados repetidamente, é necessário ajustar o nível de significância (para comparação com o valor-p) recorrendo à correcção de Bonferroni (tal como já foi feito anteriormente). Assim, uma vez que se vai comparar 4 dimensões, existem 6 comparações a fazer, pelo que, para um nível de significância de 5%, o nível de significância ajustado é de $5\%/6 = 0.83\%$, devendo este ser comparado com o valor-p.

Conforme é visível na tabela 66, o valor-p do teste é sempre inferior a 0.83%, pelo que se rejeita a hipótese nula em todas as comparações. Assim, conclui-se que o índice médio é o mais elevado na dimensão Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente, seguindo-se a dimensão Pensamento crítico sobre a existência, a dimensão Estado consciente de expansão e, por fim, a dimensão Percepção pessoal do ser, com o índice médio mais baixo.

Tabela 66 - Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas do Índice de Inteligência Espiritual das dimensões

Comparação	Estatística Teste	Valor-p
Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente vs. Pensamento crítico sobre a existência	84744.0	≅0.000
Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente vs. Estado consciente de expansão	139593.5	≅0.000
Produção da percepção pessoal e conhecimento transcendente vs. Percepção pessoal do ser	135206.0	≅0.000
Pensamento crítico sobre a existência vs. Estado consciente de expansão	139766.0	≅0.000
Pensamento crítico sobre a existência vs. Percepção pessoal do ser	134650.0	≅0.000
Estado consciente de expansão vs. Percepção pessoal do ser	76364.0	0.001

4.5. EFEITO DO ÍNDICE DE INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL NO GRAU DE CONCORDÂNCIA NA ESCALA DAS COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPIRITUAL

Por fim, procede-se à análise do efeito do índice de inteligência espiritual na escala de competências de Enfermagem para o cuidado espiritual, medidas pelo grau de concordância da escala respectiva. Para este efeito, ajustou-se para cada competência um modelo de regressão logística de multcategoria (à semelhança do que foi feito anteriormente) em que a variável explicada (resposta) é o quociente entre a probabilidade de o grau de concordância de um enfermeiro ser maior e a probabilidade de esse grau ser menor em cada competência e a variável explicativa é o índice de inteligência espiritual.

A tabela 67 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão para cada competência, o que inclui as estimativas do parâmetro, o respectivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%), assim como o correspondente *odds ratio* e o seu intervalo de confiança (a 95%).

Tabela 67 - Efeito do índice de Inteligência Espiritual (SISRI-24) no grau de concordância da escala das competências para o cuidado espiritual (SCCS) - Resultados da estimação do modelo

Itens da SCCS	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes	0.037	≅0.000	[0.023,0.051]	1.038	[1.023,1.053]
Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha	0.043	≅0.000	[0.028,0.058]	1.044	[1.028,1.060]
Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente	0.016	0.006	[0.005,0.027]	1.016	[1.005,1.028]
Sou capaz de escutar ativamente a “história de vida” do paciente estabelecendo a relação com sua doença/deficiência	0.037	≅0.000	[0.025,0.050]	1.038	[1.025,1.051]
Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade, pessoal)	0.042	≅0.000	[0.029,0.056]	1.043	[1.030,1.057]
Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente.	0.051	≅0.000	[0.039,0.063]	1.052	[1.039,1.065]
Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais	0.050	≅0.000	[0.038,0.062]	1.051	[1.039,1.064]
Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar	0.036	≅0.000	[0.024,0.048]	1.037	[1.025,1.049]
Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de Enfermagem	0.039	≅0.000	[0.028,0.051]	1.040	[1.028,1.052]
Sou capaz de dar a conhecer por escrito, o funcionamento espiritual do paciente	0.054	≅0.000	[0.042,0.065]	1.055	[1.043,1.068]
Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente	0.054	≅0.000	[0.042,0.066]	1.055	[1.043,1.069]
Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais	0.044	≅0.000	[0.032,0.056]	1.045	[1.033,1.057]

Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz de atempada e efetivamente encaminhá-lo para outro profissional de saúde (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã)	0.033	≅0.000	[0.021,0.045]	1.033	[1.021,1.046]
Sei quando devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente	0.061	≅0.000	[0.049,0.074]	1.063	[1.050,1.076]
Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual	0.068	≅0.000	[0.055,0.081]	1.070	[1.057,1.084]
Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei, tanto com o doente como na equipa disciplinar/multidisciplinar	0.054	≅0.000	[0.042,0.066]	1.056	[1.043,1.069]
Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde (incluindo o cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos)	0.034	≅0.000	[0.023,0.046]	1.035	[1.023,1.047]
Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão)	0.044	≅0.000	[0.032,0.056]	1.045	[1.033,1.058]
Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene)	0.041	≅0.000	[0.029,0.053]	1.042	[1.030,1.055]
Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais	0.041	≅0.000	[0.029,0.053]	1.042	[1.029,1.054]
No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual	0.055	≅0.000	[0.043,0.067]	1.056	[1.044,1.069]
No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual	0.067	≅0.000	[0.055,0.080]	1.069	[1.057,1.083]
No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno	0.053	≅0.000	[0.041,0.065]	1.054	[1.042,1.067]
Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente	0.064	≅0.000	[0.052,0.076]	1.066	[1.054,1.079]

Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de Enfermagem	0.057	$\cong 0.000$	[0.045,0.069]	1.059	[1.046,1.071]
Sou capaz de implementar um projeto de cuidado espiritual na área de Enfermagem	0.065	$\cong 0.000$	[0.053,0.077]	1.067	[1.055,1.080]

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância depende de forma crescente do índice em todos os itens com exceção do terceiro (Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente), em que o parâmetro estimado não é significativo, pelo que se conclui que o grau de concordância não depende do índice neste item (e por isso não foi apresentado na tabela). Em todos os outros 26 itens significativos da SCCS, o efeito do índice de inteligência espiritual nas competências de Enfermagem para o cuidado espiritual é extremamente forte.

Em resumo, o efeito do índice de inteligência espiritual nos itens da escala de competências de Enfermagem para o cuidado espiritual é semelhante e muito forte em todas (com exceção da terceira, como foi referido anteriormente). Note-se que as variações podem parecer reduzidas, mas resultam do impacto de um aumento de apenas um ponto no índice, o que é obviamente um aumento muito pequeno. Variações maiores do índice (mais realistas) provocarão portanto um impacto muito grande no grau de concordância.

4.6. DETERMINAÇÃO DAS CAUSAS DO ÍNDICE DE INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL

Com o objetivo de determinar quais os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos que afectam significativamente o índice de inteligência espiritual, ajustou-se um modelo de regressão linear múltipla. Este modelo irá permitir concluir quais dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos efectivamente influenciam o índice de inteligência espiritual e em que sentido. Ou seja, a variável explicada (resposta) é o índice e as variáveis explicativas do modelo (regressores) são portanto os fatores socio-

demográficos, profissionais e religiosos. Fez-se um ajustamento em passos (“stepwise”), eliminando do modelo os fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo (nível de significância de 5%).

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o índice são o local de trabalho atual (distinguindo-se a Escola de Enfermagem), o nível académico em que o enfermeiro adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais (distinguindo-se a Licenciatura e Não adquiriu), a frequência de rezar em privado (distinguindo-se Uma vez por dia, Algumas vezes por semana, Algumas vezes por mês, Uma vez por mês e Nunca), a frequência da leitura de literatura religiosa (distinguindo-se Nunca) e a frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa (distinguindo-se Nunca). A tabela 68 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Tabela 68 - Influência dos fatores sociodemográficos, profissionais e religiosos no índice de Inteligência Espiritual - Resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Local atual - Escola de Enfermagem	4.560	0.002	[1.625,7.495]
Nível académico – Licenciatura	-3.096	0.013	[-5.540,-0.653]
Nível académico – Não adquiriu	-6.730	≅0.000	[-10.034,-3.426]
Rezar em privado – Uma vez por dia	-7.389	≅0.000	[-11.088,-3.690]
Rezar em privado – Algumas vezes por semana	-7.024	≅0.000	[-10.787,-3.261]
Rezar em privado – Algumas vezes por mês	-6.374	0.003	[-10.543,-2.204]
Rezar em privado – Uma vez por mês	-10.454	≅0.000	[-15.566,-5.343]
Rezar em privado – Nunca	-10.929	≅0.000	[-15.588,-6.270]
Ler literatura religiosa – Nunca	-4.917	≅0.000	[-7.658,-2.176]
Rezar ou dar graças – Nunca	-4.727	≅0.000	[-7.339,-2.115]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 18.7 (10 e 535 graus de liberdade), condu-

zindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância dependem de forma crescente de o local de trabalho atual ser a Escola de Enfermagem e de forma decrescente de todas as outras variáveis, ou seja:

- **Local de trabalho atual**, conclui-se que o índice dos enfermeiros que trabalham na Escola de Enfermagem é superior ao dos que trabalham em qualquer outro local que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 4.56 pontos superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é superior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de 1.625 a 7.495). Da mesma forma que atendemos anteriormente que os profissionais de Enfermagem que trabalham em Escolas de Enfermagem demonstram uma maior competência para a prestação de cuidados espirituais, verificamos aqui, que estes apresentam um maior índice de inteligência espiritual. Podemos assim associar a inteligência espiritual destes enfermeiros à sua competência para a prestação de cuidados espirituais. Os enfermeiros que ensinam em Escolas de Enfermagem são no presente estudo, os que têm uma média de idade superior em relação aos outros locais de trabalho, pelo que inferimos que, a idade leva a um maior índice de inteligência espiritual.

- **Nível acadêmico** em que adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais, conclui-se que o índice dos enfermeiros que as adquiriram na Licenciatura ou que Não as adquiriram é inferior ao do grupo dos enfermeiros que as adquiriram; neste grupo encontramos os que referem que não foi em Nenhum nível acadêmico ou no Bacharelato ou em Mais que a licenciatura, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos que adquiriram competências na Licenciatura é, em média, 3.096 pontos inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -5.54 a -0.653). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o índice dos que Não adquiri-

ram competências é, em média, 6.73 pontos inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -10.034 a -3.426). Em resumo, conclui-se que o índice de inteligência espiritual dos enfermeiros, que Não adquiriram competências, é o mais baixo, seguindo-se os que as adquiriram na Licenciatura e, por fim, os que as adquiriram noutra nível (Nenhum nível académico, Bacharelato ou Mais que licenciatura), que não se distinguem entre si e que têm o maior índice. Conclui-se assim, que a não aquisição de competências num nível académico ou noutra formação confere um menor índice de inteligência espiritual a esse enfermeiro que não adquiriu essas competências.

- **Frequência de rezar em privado**, conclui-se que o índice dos enfermeiros que rezam Uma vez por dia é inferior ao do grupo dos que rezam Mais de uma vez por dia ou Uma vez por semana, que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 7.389 pontos inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -11.088 a -3.69). De forma semelhante, conclui-se que o índice dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por semana é inferior ao do segundo grupo. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 7.024 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -10.787 a -3.261). Conclui-se também que o índice dos enfermeiros que rezam Algumas vezes por mês é inferior ao do segundo grupo. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 6.374 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -10.543 a -2.204). Conclui-se ainda que o índice dos enfermeiros que rezam Uma vez por mês é inferior ao do segundo grupo. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 10.454 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e

de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -15.566 a -5.343). Conclui-se por fim que o índice dos enfermeiros que Nunca rezam é inferior ao do segundo grupo. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 10.929 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -15.588 a -6.270). Em resumo, conclui-se que o índice dos enfermeiros que Nunca rezam é o mais baixo, seguindo-se os que rezam Uma vez por mês, os que rezam Uma vez por dia, os que rezam Algumas vezes por semana, os que rezam Algumas vezes por mês e, por fim, os que rezam Mais de uma vez por dia ou Uma vez por semana que têm o maior índice e que não se distinguem entre si. Portanto, conclui-se que rezar em privado com muita frequência (Mais de uma vez por dia) ou Uma vez por semana leva a uma maior inteligência espiritual (medida pelo índice) e que, pelo contrário, rezar com baixa frequência ou nunca rezar leva ao mais baixo índice de inteligência espiritual. As frequências intermédias (Uma vez por dia, Algumas vezes por semana ou Algumas vezes por mês) levam a valores do índice intermédios e muito próximos entre si, ou seja, estas frequências têm um efeito semelhante no índice.

- **Frequência da leitura de literatura religiosa**, conclui-se que o índice dos enfermeiros que Nunca leem é inferior ao dos que leem com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 4.917 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos primeiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -7.658 a -2.176). Daqui inferimos, que a leitura de literatura religiosa confere ao enfermeiro um maior índice de inteligência espiritual.

- **Frequência de rezar ou dar graças antes ou depois das refeições em casa**, conclui-se que o índice dos enfermeiros que Nunca rezam é inferior ao dos que rezam com qualquer outra frequência que não se distinguem entre si. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o índice dos primeiros é, em média, 4.727 pontos inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que o índice dos pri-

meiros é inferior (e de acordo com o intervalo de confiança este valor pode variar de -7.339 a -2.115). Concluimos que rezar desta forma específica aumenta o índice de inteligência espiritual dos enfermeiros.

4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como todo um processo o presente estudo alargou os horizontes do conhecimento científico sobre a temática em causa, mas simultaneamente, como todo e qualquer trabalho deste género apresentou limitações.

As limitações, quando olhadas positivamente são elas mesmas um oportunidade de novos caminhos e de novo conhecimento, pois a partir delas podemos iniciar novos estudos.

Esta investigação esteve sujeita a um espaço temporal claro que determinou o seu fim num determinado momento, as questões de dificuldade em obter uma amostra necessária para o estudo a efetuar, foram sem dúvida estas duas das mais significativas limitações.

5. CONCLUSÕES

O processo de investigação leva-nos à descoberta de novos horizontes. O estudo dos fatores relacionados com a competência para o cuidado espiritual em Enfermagem é sem dúvida o maior enriquecimento obtido com este trabalho.

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, como já referimos anteriormente, faz alusão à religiosidade da pessoa, no Artigo 81.º “(Dos valores humanos) O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;” e no Artigo 82.º. “O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa.” (55).

A essência do agir do enfermeiro é cuidar da totalidade da pessoa em todas as vertentes. Como pudemos constatar um número significativo de enfermeiros da nossa amostra (16,7%) dizem não ter adquirido competências para a prestação de cuidado espiritual, o que nos leva a concluir que estes terão grandes dificuldades em implementar cuidados espirituais no seu agir. A Enfermagem como ciência, produz conhecimento que aplica à sua ação concreta e a prática também ajuda a produzir novo conhecimento. Concluimos neste estudo que o tempo de exercício profissional à medida que aumenta, traz consigo um aumento da competência para o cuidado espiritual; percebe-se assim que o ‘saber-agir’ perante as necessidades espirituais é algo que se constrói a partir da própria experiência profissional.

Como já referimos a espiritualidade é algo de novo e de constante desde a origem do homem. A novidade surge da descoberta que se vai fazer pelo processo de crescimento interior; a constância advém da permanência ao longo do tempo no coração do Homem desta dimensão que o leva a dar sentido a tudo o que o rodeia, que lhe acontece e à própria existência. Atenta a todas as dimensões da pessoa, a Enfermagem com a sua visão holística olha a pessoa num todo e olha esse todo com intuito de melhorar o seu

bem-estar, de a ajudar a encontrar sentido para o seu viver. Ser enfermeiro, exige uma capacidade não só de executar técnicas como também de se relacionar com o outro em todas as dimensões do ser, o que implica conseqüentemente, a necessidade de encontro consigo próprio.

Precisamos de saber o que são cuidados espirituais e de os aplicar na nossa vida, este é o grande desafio, colocado, hoje, àqueles que, nas mãos, trazemos muitas vezes a possibilidade de ajudar pessoas que vivem vidas sem esperança a encontrar novo sentido e perspectivas diferentes alargando assim os seus horizontes existenciais.

É de salientar que os enfermeiros são capazes de aliar a sua competência para a prestação de cuidados espirituais à interdisciplinaridade, recorrendo se necessário a outros profissionais de saúde ou peritos, para na complementaridade atenderem às necessidades sentidas por aqueles a quem cuidam.

Constatar que as hipóteses em estudo são corroboradas por esta investigação, dá-nos a satisfação de um caminho percorrido, deixando no entanto em aberto muitas outras questões e hipóteses, de todo pertinentes, para próximos estudos. Com efeito, podemos afirmar após este estudo que um maior índice de inteligência espiritual, um maior tempo de exercício profissional, o aumento da idade do enfermeiro, a pertença a uma religião, ter tido formação, nesta área, seja ela académica ou não, resulta numa maior competência para a prestação de cuidados espirituais.

Podemos ainda constatar que o local de trabalho dos enfermeiros tem uma relação clara com a competência para a prestação de cuidados espirituais; foi reiterado por diversas vezes ao longo deste estudo a questão de que enfermeiros que trabalham em Escolas de Enfermagem são mais aptos para a prestação de cuidados espirituais. O ser docente numa Escola de Enfermagem e eventualmente acompanhar os estudantes a locais de estágio ou ensino clínico, confere a estes enfermeiros uma constante atualização de conhecimentos científicos, como também um pensar sobre todo o processo de Enfermagem de forma holística.

Tornou-se deveras significativo constatar, que os enfermeiros reconhecem que a aquisição de competências para o cuidado espiritual ocorre com a aquisição de formação seja ela académica ou não; no entanto, é de salientar que um número significativo

de enfermeiros evidenciou não ter adquirido competências para a prestação do cuidado espiritual, pelo que estes certamente, como já referimos, terão maior dificuldade em atender às necessidades espirituais dos doentes. Pelo presente estudo parece-nos importante perceber o que nas Escolas de Enfermagem Portuguesas se oferece como formação específica para os cuidados espirituais, para assim se perceber se os enfermeiros que não adquiriram competências para a prestação destes cuidados, de facto não fizeram essa abordagem de intervenção de Enfermagem nos seus currículos de estudos. Este conhecimento dos conteúdos proporcionados pelas Escolas poderá ajudar a perceber o porquê de muitos enfermeiros não incluírem os cuidados espirituais no processo de Enfermagem, ficando esta dimensão da pessoa por atender.

Se ao longo de toda a explanação teórica foi importante sublinhar as distinções sobre religiosidade e espiritualidade, foi também válido perceber o quanto a religião e/ou as práticas religiosas interagem com a competência para o cuidado espiritual prestado pelo enfermeiro. No que concerne à religião, verificamos que os Agnósticos, têm maior dificuldade em lidar com as necessidades espirituais dos doentes. Daqui podemos depreender que ter/aderir a uma religião torna os enfermeiros mais aptos para a prestação de cuidados espirituais; a maioria da nossa amostra (92,9%) afirma pertencer a uma religião.

Quanto às práticas religiosas dos enfermeiros, medidas pela escala de religiosidade aplicada neste estudo, pensamos que algumas necessitam de um esclarecimento pela abrangência do seu conteúdo, particularmente nos aspectos do que se entende por literatura religiosa e por rezar em privado, pois os resultados obtidos não nos parecem suficientemente conclusivos neste âmbito.

Como já referimos, a prática da oração é confirmada como importante para esta competência, no entanto, poderíamos enriquecer o conhecimento científico com o aprofundamento do que se entende por rezar em privado, que tem expressões simples mas que pode também estar imbuído de alguma complexidade. Concluiu-se com o presente estudo que rezar em privado favorece a capacidade de atender às necessidades espirituais do doente. Referente à oração nas refeições, reconhecemos que esta é uma oração mais específica de dar graças e de diálogo com um Ser superior, concluindo-se no nosso

estudo que aqueles enfermeiros que nunca rezam têm maior dificuldade em falar sobre as necessidades espirituais do doente. Este é um momento de oração que tem características confinadas a determinado horário da nossa rotina diária, pessoas que estão sensíveis às suas próprias necessidades espirituais de relação com um ser superior, aceitam, valorizam e atendem com uma maior competência às necessidades espirituais do outro. Quanto à frequência da participação em serviços religiosos, surpreendeu-nos haver enfermeiros que participam semanalmente em serviços religiosos apresentem em alguns aspectos competências para a prestação de cuidados espirituais inferiores a outros com distintas regularidades de participação e eventualmente também daqueles que não participam. De facto, como já apontamos anteriormente, pode ser mais uma participação rotineira e social, do que a uma experiência espiritual profunda de relação com uma entidade superior.

Alguns limites surgiram ao longo do nosso estudo. Um dos mais notórios foi a escassez de artigos publicados em Portugal com os mesmos instrumentos de colheita de dados, pelo que nos foi impossível efetuar analogias dos resultados obtidos.

Consideramos importante a realização de mais estudos em que se apliquem estes instrumentos e preferencialmente a uma maior amostra de inquiridos.

Para concluir, pretendemos destacar algumas das implicações do estudo realizado. Neste sentido, ficou clara a necessidade de prosseguir e aprofundar esta investigação.

Tudo o que pudemos inferir ao longo deste estudo, são no nosso ponto de vista, um contributo pertinente para o desenvolvimento do conhecimento sobre a competência para a prestação de cuidado espiritual.

A abertura de horizontes de pensamento e reflexão sobre este tema, poderá conferir uma realização mais assertiva na prestação de cuidados e mais abrangente, porque envolve todo o ser da pessoa.

O cuidar em Enfermagem numa visão holística, olhando a totalidade da pessoa e não só a soma das partes, confere a possibilidade de uma prestação de cuidados globais, com os quais a pessoa poderá recuperar não só a sua saúde, como também muito da sua dignidade.

A abrangência dos cuidados de Enfermagem leva muito mais longe do que a aplicação de conhecimentos teóricos; leva essencialmente ao conhecimento de pessoas únicas e irrepetíveis e a estabelecer com elas uma relação. Podemos de facto realizar o nosso trabalho numa forma mecânica e fria, mas ser enfermeiro é muito mais do que isso, é colocarmos nas nossas mãos o coração e servirmos o outro como estando a cuidar aquele que mais amamos.

A reflexão feita sobre a competência para o cuidado espiritual, embora complexa, foi ao mesmo tempo motivadora de um aprofundamento e introspecção sobre a vivência pessoal desta dimensão do cuidado; foi como que um abrir novos horizontes na existência, e ao mesmo tempo um compromisso mais profundo com esta realidade, para poder ser ajuda de encontro com e para os outros.

Para esta investigação partimos do pressuposto que a pessoa (toda a pessoa) tem uma dimensão espiritual e que existe simultaneamente na área da Enfermagem sensibilidade para esta temática; há investigação na área que comprova a sua importância e relevância na atualidade. Tínhamos consciência de que o problema de investigação apontava para a falta de aquisição de competências de forma formal para a prestação de cuidados espirituais e a omissão do papel de prestadores de cuidados espirituais pelos enfermeiros, remetendo o mesmo para peritos em espiritualidade e/ou religião; esta omissão na prestação de cuidados espirituais leva a uma necessária tomada de consciência, com o fim de levar a cuidar da pessoa de uma forma integral e plena, incluindo esses cuidados no processo de Enfermagem de uma forma sistematizada. O próprio desconhecimento por parte de muitos, que somos seres possuidores de uma inteligência espiritual, provoca um parco desenvolvimento da mesma e por consequência parece-nos também uma dificuldade acrescida para poder implementar cuidados espirituais no seu plano de trabalho de Enfermagem, pois não há uma ligação com a sua própria espiritualidade.

A pertinência deste projecto adveio do seu carácter inovador, que coloca agora nas mãos da Enfermagem em Portugal, meios de avaliação tanto ao nível da inteligência espiritual como das próprias competências para realizar cuidados espirituais.

Queremos enfatizar o quanto é importante que o enfermeiro desenvolva progressivamente a sua inteligência espiritual para uma melhor qualidade nos cuidados espirituais prestados à pessoa.

Com este estudo pensamos ter conseguido ‘quebrar’ com uma certa apatia, e ou, confusão do papel dos enfermeiros na prestação destes cuidados (tabu/medo; tradição religiosa/tradição espiritual) e enfatizamos a importância de valorizar no ensino a prestação de cuidados desta dimensão espiritual.

Como pudemos constatar ao longo deste percurso de investigação, a competência para o cuidado espiritual não é algo estanque adquirido num dado momento da existência, mas é algo em constante desenvolvimento, desde que o enfermeiro se coloque diante das perguntas existenciais que dão sentido profundo à própria vida; esta competência demonstra-se pelo próprio compromisso de cuidar do outro na dimensão espiritual do seu ser. De facto sem vivência da própria espiritualidade não poderemos atender à espiritualidade do outro, a espiritualidade transforma desde de dentro o ser do Homem, dando cor e sentido à existência.

Acreditamos que este estudo vem aumentar o conhecimento sobre a competência para o cuidado espiritual em Enfermagem, pareceu-nos pertinente e relevante a realização deste estudo, como também da validação de instrumentos de medida dentro desta temática para a população portuguesa. Consideramos que oferecemos mais meios que podem favorecer a investigação sobre a espiritualidade na Enfermagem e eventualmente noutras áreas de conhecimento científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista.** *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.
2. **OLIVEIRA, Joaquim Paulo.** A vivência da dimensão espiritual no cuidar transpessoal da pessoa em situação de doença crónica: a perspetiva do enfermeiro. *Actas da Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, 9, Lisboa, 2006*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006.
3. **PINTO, Cândida e José Luís PAIS-RIBEIRO.** Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 2007, vol. 21, nº 2, p. 47-53. ISSN 0871-3413.
4. **REGO, Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo.** *A atenção ao espiritual: tradução e validação linguística e cultural da Spiritual Assessment Scale, um instrumento de avaliação espiritual*. Tese de mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2007.
5. **MENDES, João Manuel Galhanas.** *A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2012.
6. **BERENGUER, Sílvia Maria Alves Caldeira.** *Validação do diagnóstico de Enfermagem Angústia espiritual*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2012.
7. **COELHO, José Carlos Quaresma.** *Sofrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2011.
8. **SILVA, Célia Maria Jordão Simões.** *Espiritualidade e religiosidade nas pessoas idosas: consequências para a saúde e o bem-estar*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2012.
9. **QUERIDO, Ana Isabel Fernandes.** *A promoção da esperança em fim de vida*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2012.
10. **WRIGHT, Lorraine M.** *Espiritualidade, sofrimento e doença: ideias para curar*. Coimbra: Ariadne Editora, 2005. ISBN 972-8838-19-0.
11. **REGO, Ana Cristina Caramelo.** O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008, vol. 1, nº 2, p. 199-204. ISSN 1647-0559.

12. **NARAYANASAMY, Aru.** A review of spirituality as applied to nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 1999, 36, p. 117-125. ISSN 00207489.
13. **PEREIRA, Filomena Pinto.** Espiritualidade e Saúde. In: *Saúde e qualidade de vida: estado da arte*. Porto : Edição núcleo de investigação em saúde e qualidade de vida, 2009. ISBN 9789899610316.
14. **SCHELER, Max.** Diferença essencial entre o Homem e o animal. In: *A Situação do Homem no cosmos*. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2008. ISBN 9789899568969.
15. **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Online] Lisboa: OE, 2001. [consultado 10 Maio 2012]. Disponível na World Wide Web: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.
16. **ZOHAR, Danah e MARSHALL, Ian.** *Inteligência espiritual*. Lisboa: Sinais de Fogo, 2004. ISBN 972-8541-50-3.
17. **MITCHELL, Denise, Marsha BENNETT e Linda MANFRIN-LEDET.** Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *Journal of Nursing Education*. 2006, vol. 45, nº 9, p 365-370. ISSN 0148-4834.
18. **BENNER, Patricia.** *De iniciado a perito*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 9789895580521.
19. **DEZORZI, Luciana Winterkorn e Maria da Graça Oliveira CROSSETTI.** A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de Enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008, vol. 16, nº 2, p. 212-217. ISSN 0104-1169.
20. **HESBEEN, Walter.** *Qualidade em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
21. **LEEUWEN, René van.** *Towards nursing competencies in spiritual care* [Em linha]. Groningen: University of Groningen, 2008. [consultado 12/05/2011] Disponível na World Wide Web: <http://www.gh.nl/~media/Files/Onderzoek/ZS/Publicaties/080101_Towards%20nursing.ashx>. ISBN 978 90 77113 65 3.
22. **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2011.

23. **PESUT, Barbara.** Spirituality and Spiritual Care in Nursing Fundamentals Textbooks. *Journal of Nursing Education*. 2008, vol. 47, n° 4, p. 167-173. ISSN 0148-4834.
24. **RHODES, Marilyn K., Arlene MORRIS e Ramona LAZENBY.** Nursing at its Best: Competent and Caring. *The Online Journal of Issues in Nursing* [Online]. [S.l.: s.n.], 2011. [consultado 12 Maio 2012]. Disponível na World Wide Web: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Articles-Previous-Topics/Nursing-at-its-Best.html>>.
25. **COLLIÈRE, Marie-Françoise.** *Promover a vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 9789727571093.
26. **LEEUWEN, René van e Bart CUSVELLER.** Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, vol. 48, n° 3, p. 234-246. ISSN 1365-2648.
27. **TANYI, R.** Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, vol. 39, n° 5, p. 500-509. ISSN 1365-2648.
28. **KING, David Brian.** *Rethinking Claims os spiritual intelligence: a definition, model and measure*. Peterborough, Ontario, Canada : s.n., 2008. ISBN 9780494431870.
29. **TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges, Marisa Campio MÜLLER e Juliana Dors Tigre da SILVA.** Espiritualidade e saúde. In: ROBERTO, Gilson Luís. *Espiritualidade e Qualidade de vida*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. ISBN 85-7430-444-1.
30. **DUNN, Linda.** Spirituality and nursing: personal responsibility. *Online Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2008, vol. 8, n°1. ISSN 1539-3399.
31. **MENDES, João Manuel Galhanas.** Como inserir espiritualidade no processo terapêutico. *Servir*. 2006, vol. 54, n° 4, p. 158-164. ISSN 0871-2370.
32. **PERES, Julio Fernando Prieto, Manoel José Pereira SIMÃO e Antónia Gladys NASELLO.** Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007, vol. 34, supl. 1, p. 136-145. ISSN 0101-6083.
33. **WATSON, Jean.** *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 978-972-8383-33-6.
34. **EMMONS, Robert A. e Raymond F. PALOUTZIAN.** The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*. 2003, vol. 54, n° 1, p. 377-402. ISSN 0066-4308.

35. **AZEVEDO, F. e outros.** Espiritualidade: uma dimensão do cuidar. *Revista Informar*. 2005, p. 9-14.
36. **RENAUD, Michel.** Do espírito à espiritualidade. In: RENAUD, Isabel e BISCAIA, Michel Renaud Jorge. *A que pais os filhos têm direito: tempos da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008. ISBN 9789726034391.
37. **BAY, Paul S., Steven S. IVY e Colin L. TERRY.** The Effect of Spiritual Retreat on nurses' spirituality. *Holistic Nursing Practice*. 2010, vol. 24, nº 3, p. 125-133. ISSN 0887-9311.
38. **MERAVIGLIA, Martha.** Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2006, vol. 1, nº 33, p. E1-E7. ISSN 1538-0688.
39. **NARAYANASAMY, Aru.** A review of spirituality as applied to nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 1999, vol. 36, nº 2, p. 117-125. ISSN 0020-7489.
40. **MCSHERRY, Wilfred e Peter DRAPER.** The spiritual dimension: why the absence within nursing curricula? *Nurse Education Today*. 1997, vol. 17, nº 5, p. 413-417. ISSN 0260-6917.
41. **TOMEY, A e M. ALLIGOOD.** *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 9789728383749.
42. **HONORÉ, Bernard.** *Cuidar*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-58-4.
43. **PENHA, Ramon Moraes e Maria Júlia Paes da SILVA.** Do Sensível ao Inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2009, vol. 43, nº 1, p. 208-214. ISSN 0080-6234.
44. **INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES.** *CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [Lisboa]: OE, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.
45. **PEDRÃO, Raphael de Brito e Ruth BERESIN.** O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein*. 2010, vol. 1, pt 1, p. 86-91. ISSN 1679-4508.
- 46 **MONIZ, José Manuel Nunes e Cidália de Fátima Cabral de FRIAS.** A espiritualidade uma componente fundamental nos cuidados de Enfermagem. In: *Saúde e qualidade de vida estado da arte*. Núcleo de investigação em saúde e qualidade de vida da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. ISBN 978-989-98443-1-5.

47. **MILLIGAN, Stuart.** Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nursing standard / RCN publishing*. 2011, vol. 26, nº 4. p. 47-56. ISSN 0029-657.
48. **SAWATZKY, Rick e Barbara PESUT.** Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2005, vol. 23, nº 1, p. 19-33. ISSN 0898-0101.
49. **LUNDBERG, Pranee C. e Petcharat KERDONFAG.** Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of clinical nursing*. 2010, vol. 19, nº 7-8, p. 1121-1128. ISSN 1365-2702.
50. **CALDEIRA, Silvia, Zita Castelo BRANCO e Margarida VIEIRA.** A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Dezembro de 2011, III serie, nº5, p. 145-152. ISSN 0874-0283.
51. **SESSANNA, Loralee, Deborah FINNELL e Mary Ann JEZEWSKI.** Spirituality in nursing and health-related literature. *Journal of Holistic Nursing*. Dezembro de 2007, vol. 5, nº 4, p. 252-262. ISSN 0898-0101.
52. **AMARAL, Maria Teresa Mendonça Pinto.** Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2009, vol. 43, nº 3, p. 573-580. ISSN 0080-6234.
53. **MACLAREN, Jessica.** A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, vol. 45, nº 5, p. 457-462. ISSN 1365-2648.
54. **KREITZER, Mary Jo e outros.** The brief serenity scale: a psychometric analysis of a measure of spirituality and well-being. *Journal Holistic Nursing*. 2009, vol. 27, nº 1, p. 7-16. ISSN 0898-0101.
55. *Código deontológico do enfermeiro: do comentário à análise de casos.* [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
56. **GALEK, Kathleen e outros.** Assessing a Patient's Spirituai Needs. *HoUs! Niirs Pniel*. 2005, vol. 19, nº 2, p. 62-69.
57. **O'BRIEN, Mary Elizabeth.** *Spirituality in Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 1999. ISBN 0-7637-0644-2.
58. **DYSON, Jane, Mark COBB e Dawn FORMAN.** The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, vol. 26, nº 6, p. 1183-1188. ISSN 1365-2648.

59. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 1995, vol. 41, p. 1403-1410. ISSN 0037-7856.
60. **GOVIER, Ian.** Spiritual care in nursing a systemic approach. *Nursing Standard*. 2000, vol. 14, n° 17, p. 32-36. ISSN 0029-657.
61. **MCSHERRY, Wilfred e Peter DRAPER.** The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, vol. 27, n° 4, p. 683-691. ISSN 1365-2648.
62. **MARTSOLF, Donna e Jacqueline MICKELY.** The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, vol. 27, n° 2, p. 294-303. ISSN 1365-2648.
63. **WILT, Dorothy L. e Carol J. SMUCKER.** *Nursing the Spirit*. Washington: American Nurses Association, 2001. ISBN 1-55810-174-8.
64. **TZENG, Huey-Ming e Chang-Yi YIN.** Demands for religious care in the taiwanese health system. *Nursing Ethics* . 2006, vol. 13, n° 2, p. 163-179. ISSN 0969-7330.
65. **TZENG, Huey-Ming e Chang-Yi YIN.** Learning to respect a patient's spiritual needs concerning an unknown infectious disease. *Nursing Ethics*. 2006, vol. 13, n° 1, p. 17-28. ISSN 0969-7330.
66. **KALE, Sachin.** Perspectives on spiritual care at Hospice Africa Uganda. *International Journal of Palliative Nursing*. 2011, vol. 17, n° 4, p. 177-182. ISSN 1357-6321.
67. **DEAL, Belinda.** A pilot study of nurses' experience of giving spiritual care. *The Qualitative Report*. 2010, vol. 15, n° 4, p. 852-863. ISSN 1052-0147.
68. **NASCIMENTO, Lucilia Castanheira e outros.** Spiritual care: an essential component of the nurse practice in pediatric oncology. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010, vol. 23, n° 3, p. 437-440. ISSN 1982-0194.
69. **CHAN, Moon Fai.** Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2009, vol. 19, n° 15-16, p. 2128-2136. ISSN 1365-2702.
70. **PIKE, Joanne.** Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006–10. *British Journal of Nursing*. 2011, vol. 20, n° 12, p. 743-749. ISSN 0966-0461.
- 71 **LANE, Mary Rockwood.** Creativity and spirituality in nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2005, vol. 19, n° 3, p. 122-125. ISSN 0887-9311.

72. **DRAPER, Brian.** *La inteligencia espiritual.* Santander: Sal Terrae, 2010. ISBN 978-84-293-1869-2.
73. **WATSON, Jean.** *Enfermagem pós-moderna e futura.* Loures : Lusociência, 2002. ISBN 978-972-8383-37-4.
74. **MCEWEN, Melanie.** Spiritual Nursing Care. *Holistic Nursing Practice.* 2005, vol. 19, nº 4, p. 161-168. ISSN 0887-9311.
75. **HESBEEN, Walter.** *Cuidar no hospital.* Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
76. **LEIGHTON, Margaret.** *Florence Nightingale.* Porto: Livraria Civilização, 1959.
77. **SÁ, Eunice e outros.** Os cuidados de Enfermagem espirituais no alívio do sofrimento em pessoas com doença hemato-oncológica. *Onco.News.* 2012, ano V, nº 20, p. 34-40. ISSN 1646-7868.
78. **STERNBERG, Robert J. e James C. KAUFMAN.** Human Abilities. *Annual Review of Psychology.* 1998, vol. 49, nº 1, p. 479-502. ISSN 0066-4308.
79. **TRAVASSOS, Luiz Carlos Panisset.** Inteligências múltiplas. *Revista de Biologia e Ciências da Terra.* 2001, vol. 1, nº 2. ISSN 1519-5228.
80. **GARDNER, H.** *Frames of mind: The theory os multiple intelligences.* New York: Basics Books, 1993. ISBN 978-0465024339.
81. **GARDNER, H.** A case against spiritual intelligence. *The International Journal for the Psychology os Religion,* 2000, vol. 10, nº 1, p. 27-34. ISSN 1050-8619.
82. **PAVA, Moses L.** Loving the Distance Between Them: 'Thinking Beyond Howard Gardner's 'Five Minds for the Future''. *Journal of Business Ethics.* 2008, vol. 83, nº 2, p. 285-296.
83. **SELMAN, Victor e outros.** Spiritual Intelligence/Quocient. *College Teaching Methods & Styles Journal - Third Quarter.* 2005, vol. 1, nº 3, p. 23-30.
84. **MAYER, J. D. e P. SALOVEY.** What is emotional intelligence? . In: SALOVEY, P. e SLUYTER, D. (Eds). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.* New York : Basic Books, 1997. ISBN 978-0465095872.
85. **GREWAL, Daisy e Peter SALOVEY.** Feeling Smart: the science of emotional intelligence. *American Scientist.* 2005, vol. 93, nº 4, p. 330. ISSN 545-2786.

86. **BECHARA, Antonie, Hanna DAMASIO, Antonio DAMASIO.** Emotion, Decision Making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*. Março de 2000, vol. 10, nº 3, p. 295-307. ISSN 1047-3211.
87. **GOLEMAN, Daniel.** *Inteligência Emocional*. 14ª Edição. Camarate: Círculo de Leitores, 2010. ISBN 978-989-644-090-9.
88. **EMMONS, Robert A.** Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and psychology of ultimate concern. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2000, vol. 10, nº 1, p. 3-26. ISSN 1050-8619.
89. **KWILECKI, Susan.** Spiritual Intelligence as a Theory of Individual Religion: A Case Application. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2000, vol. 10, nº 1. ISSN 1050-8619.
90. **RAMACHANDRAN, V. S. e Sandra BLAKESLEE.** *Phantoms in the brain: probing the mysteries of the human mind*. United States of America: Quill, 1998. ISBN 978-0688172176.
91. **NEWBERG, A. B. e J. IVERSEN.** The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses*. 2003, vol. 61, nº 2, p. 282-291. ISSN 0306-9877.
92. **NEWBERG, Andrew B. e Bruce Y. LEE.** The neuroscientific study of religious and spiritual phenomena: or why god doesn't use biostatistics. *Joint Publication Board of Zygon*. 2005, vol. 40, nº 2, p. 469-490. ISSN 1467-9744.
93. **PREVIC, Fred H.** The role of the extrapersonal brain systems in religious activity. *Consciousness and Cognition*. 2006, vol. 15, nº 3, p. 500-539. ISSN 1053-8100.
94. **BLUME, M.** God in the Brain? How much can “Neurotheology” explain? In: DIEWALD, U. e BECKER, P. (Eds.). *Zukunftsperspektiven im theologisch-naturwissenschaftlichen Dialog*. [S.l.]: Vandenhoeck & Ruprecht, 2011. ISBN 978-3-525-56957-3.
95. **FINGELKURTS, Alexander e Andrew FINGELKURTS.** Is our brain hardwired to produce God, or is our brain hardwired to perceive God? A systematic review on the role of the brain in mediating religious experience. *Cognitive processing*. 2009, vol. 10, nº 4, p. 293-326. ISSN 1612-4782.
96. **KAPOGIANNIS, Dimitrios e outros.** Neuroanatomical variability of religiosity. *PLoS ONE*. 2009, vol. 4, nº 9. ISSN 1932-6203.
97. **OWEN, Amy D. e outros.** Religious factors and hippocampal atrophy in late life. *PLoS ONE*. 2011, vol. 6, nº 3. ISSN 1932-6203.

98. **LUDERS, Eileen e outros.** The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage*. 2009, vol. 45, nº 3, p. 672-678. ISSN 1053-8119.
99. **GREEN N., William e Kathleen D. NOBLE.** Fostering spiritual intelligence: undergraduates' growth in a course about consciousness. *Advanced Development Journal*. 2010, vol. 12, p. 26-48.
100. **VAUGHAN, F.** What is spiritual intelligence? *Journal of humanistic psychology*. 2003, vol. 42, nº 2, p. 16-33. ISSN 0022-1678.
101. **WOLMAN, Richard N.** *Thinking without your soul: spiritual intelligence and why it matters*. New York : Harmony Books, 2001. ISBN 978-0-609-60548-6.
102. **PRICE, Bob.** The intelligent workforce. *Nursing Management*. 2008, vol. 15, nº 5, p. 28-33. ISSN 0744-6314.
103. **NASEL, Dagmar Dasha.** *Spiritual Orientation in relation to spiritual intelligence: a consideration of traditional christianity and New Age/Individualistic spirituality*. Tese de Doutorado em Filosofia, University of South Australia, 2004.
104. **AMRAM, Yosi.** *The seven dimensions of spiritual intelligence: an ecumenical, grounded theory*. San Francisco: Institute of Transpersonal Psychology, 2007.
105. **HOSSEINI, Maryam e outros.** A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence and the related theories. *Journal of Social Sciences*. 2010, vol. 6, nº 3, p. 179-188. ISSN 1918-7211.
106. **HOWARD, Barbara B., Precious GURAMATUNHU-MUDIWA e Stephen R. WHITE.** Spiritual intelligence and transformational leadership: a new theoretical framework. *Journal of Curriculum and Instruction*. 2009, vol. 3, nº 2, p. 54-67. ISSN 1937-3929.
107. **FOWLER, James W.** *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. New York: Harper San Francisco, 1995. ISBN 0-06-062840-5.
108. **KELCOURSE, Felicity B.** *Human development and faith*. St. Louis; Missouri: Chalice Press, 2004. ISBN 0-8272-1442-1.
109. **MAYER, John D.** Spiritual intelligence or spiritual consciousness? *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2000, vol. 10, nº 1, p. 47-56. ISSN 1050-8619.

110. **KRAUS, Teresa, Manuel RODRIGUES e Maria dos Anjos DIXE.** Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista Referência*. 2009, II série, nº10, p. 77-88. ISSN 0874-0283.
111. **FRANKL, Viktor E.** *Man's Search for Meaning*. 4th edition. Boston: Beacon Press, 1992. ISBN 0-8070-1426-5.
112. **DEZORZI, Luciana Winterkorn.** *Díálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva*. Tese de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
113. **PANZINI, Raquel Gehrke e outros.** Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007, vol. 34, supl 1. ISSN 0101-6083.
114. **PERES, Mario e outros.** A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007, vol. 34, supl. 1, p. 82-87. ISSN 0101-6083.
115. **TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges, Marisa Campio MÜLLER e Juliana Dors Tigre da SILVA.** *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. ISBN 85-7430-444-1.
116. **SAAD, Marcelo, Danilo MASIERO e Linamara Rizzo BATTISTELLA.** Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 2001, vol. 8, nº 3, p. 107-112. ISSN 0104-7795.
117. **CALDAS, Alexandre Castro.** *A herança de Franz Joseph Gall, o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill, 2000. ISBN 9 727730 41 8.
118. **GUIMARÃES, Hálío Penna e Álvaro AVEZUM.** O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007, vol. 34, supl 1, p. 88-94. ISSN 0101-6083.
119. **PESSINI, Leo.** A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *O mundo da saúde*. 2007, vol. 31, nº 2, p. 187-195. ISSN 1980-3990.
120. **YANG, Ke-Ping e Xin-Juan WU.** Spiritual intelligence of nurses in two chinese social systems: a cross-sectional comparison study. *Journal of Nursing Research*. 2009, vol. 17, nº 3, p. 189-198. ISSN 1682-3141.
121. **YANG, Ke-Ping.** The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *Nursing Research*. 2006, vol. 14, nº 1, p. 24-35. ISSN 1538-9847.
122. **YANG, Ke-Ping e Xiu-Ying MAO.** A study of nurses'spiritual intelligence: a cross-sectorial questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007, vol. 44, Issue 6, p. 999-1010. ISSN 0020-7489.

123. **SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca.** Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*. 2009, nº 244, p. 6-13. ISSN 0871-6196.
124. **AGRESTI, A.** *Categorical Data Analysis*. Nova Iorque: John Wiley and Sons, 2003. ISBN 9780471360933.
125. **AGRESTI, A.** *Analysis of Ordinal Categorical Data*. Nova Iorque: John Wiley and Sons, 2010. ISBN 978-0470082898.
126. **GUJARATI, D e PORTER, D C.** *Basic Econometrics*. 5ª edição. Boston: McGraw-Hill/Irwin, 2009. ISBN 978-0073375779.
127. **MAROCO, J.** *Análise Estatística com SPSS Statistics*. 5ª edição. Pero Pinheiro: ReportNumber, 2011. ISBN 9789899676329.
128. **MURTEIRA, B, et al.** *Introdução à Estatística*. 2ª edição. Lisboa: McGraw-Hill, 2010.
129. **R DEVELOPMENT CORE TEAM.** *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2013. ISBN 3-900051-07-0.
130. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.** [Online] *Instituto Nacional de Estatística*. [consultado 27 dezembro 2013.]. Disponível na World Wide Web: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006396&contexto=bd&selTab=tab2>.
131. **SESBOÛÉ, Bernard.** *Pensar e viver a fé no Terceiro Milénio*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2001. ISBN 972-603-244-X.
132. **SHELLY, Judith Allen.** *Spiritual Care*. Dowers Grove, Illinois: InterVarsity Press, 2000. ISBN 0-8308-2252-6.
133. **AMRAM, Yori.** *What is spiritual intelligence?* Palo Alto: Institute os Transpersonal Psychology, 2007.
134. **YARDLEY, S.J., C.E. WALSH e A. PARR.** Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine*. 2009, vol. 23, nº 7, p. 601-607. ISSN 0269-2163.
135. **PINTO, Cândida e José Luís PAIS-RIBEIRO.** Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 2007, vol. 21, nº 2, p. 47-53. ISSN 0871-3413.

136. **GASTAUD, Marina Bento e outros.** Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*. 2006, vol. 28, nº 1, p. 12-18. ISSN 0101-8108.
137. **KING, D. e T. DECICCO.** A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *International journal of transpersonal studies*. 2009, vol. 28, p. 68-85. ISSN 1321-0122.
138. **AMRAM, Yosi e Christopher DRYER.** *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation* [Online]. Boston: Institute of Transpersonal Psychology , 2008. [Consultado 11/10/2011]. Disponível na World Wide Web: <http://www.yosiamram.net/docs/ISIS_APA_Paper_Presentation_2008_08_17.pdf>.
139. **AMRAM, Joseph Yosi.** *Intelligence Beyond IQ: The Contribution of Emotional and Spiritual Intelligences to Effective Business Leadership* [Online]. Boston: Institute of Transpersonal Psychology, 2005. [Consultado 13/04/2011]. Disponível na World Wide Web: <http://yosiamram.net/docs/EI_and_SI_in_Leadership_Yosi_Amram.pdf>
140. **AMRAM, Yosi e Christopher DRYER.** *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation* [Online]. Boston: Institute of Transpersonal Psychology , 2008. [Consultado 13/04/2011]. Disponível na World Wide Web: <http://www.yosiamram.net/docs/ISIS_APA_Paper_Presentation_2008_08_17.pdf>.
141. **VIDAL, Pedro Marques.** *Estatística prática para as ciências da saúde*. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-358-4.
142. **REIS, Elizabeth e outros.** *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2011. vol. 1. ISBN 978-972-618-469-0.
143. **DAALEMAN, Timothy e Bruce FREY.** The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*. 2004, vol. 2, nº 5, p. 499-503. ISSN 1544-1717.
144. **BALDACCHINO, Donia.** *Spiritual care in a hospital setting*. Holland: Gereformeede Hoogeschool, 2011. ISBN 9789004151895.

ANEXOS

ANEXO I – Carta para as ‘pessoas de referência’

Caro(a) (Pessoa de Referência),

Desde já obrigada por se disponibilizar a ajudar na colheita de dados para o estudo intitulado “Competência para o cuidado espiritual em Enfermagem”. Esta colheita de dados será realizada on-line.

Neste e-mail apresentam-se algumas informações como “notas” e apresentam-se os passos que devem ser seguidos pela “pessoa de referência” com o objetivo de facultar um correto preenchimento do instrumento de colheita de dados para o estudo.

» Notas

- a cada pessoa deverá ser atribuído um código.
- a pessoa de referência não terá possibilidade de cruzar os códigos de verificação com as respostas dadas (apenas enviadas para o investigador).
- o investigador não terá em nenhum momento possibilidade de associar a resposta ao respondente.
- apenas será comunicado à pessoa de referência quais os códigos de verificação cuja resposta não foi rececionada pelo investigador. O objetivo é reforçar a participação no estudo;
- para esclarecimento de qualquer dúvida ou pedido de novos códigos de verificação, contactar o investigador através do e-mail: irmapaula.fmns@gmail.com

» **Passos a seguir:**

- 1º - identificar enfermeiros com experiência profissional (a partir daqui referidos como respondentes);
- 2º - preencher a folha “folha para pessoas_referencia” (em anexo) associando cada um dos códigos de verificação (já atribuídos) a um respondente (nome e contacto);
- 3º - procurar na pasta compactada (em anexo) o ficheiro cujo nome corresponde ao código de verificação associado ao respondente;
- 4º - facultar ao respondente esse ficheiro, o qual contém todas as informações necessárias para um correto preenchimento do instrumento. (NOTA: só deverá ser atribuído **UMA VEZ** cada um dos códigos de verificação/documento)

Se desejar, poderá usar a proposta de e-mail apresentada na pasta em anexo, para enviar ao respondente o ficheiro com o código de verificação.

O investigador,

Ana Paula da Conceição

ANEXO II – Grelha para preenchimento pelas ‘pessoas de referência’ dos códigos dos inquiridos

ANEXO III – Instruções para os inquiridos

Competência para o Cuidado Espiritual em Enfermagem

- Procedimentos para preenchimento eletrónico -

Desde já o investigador agradece ter aceite colaborar neste estudo. Seguem-se algumas indicações para uma correta participação no mesmo.

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO	CE.XXXX
-----------------------	---------

Notas prévias:

-XXXXXXXXXXXX, que lhe forneceu estas informações, é a sua pessoa de referência e não terá possibilidade de cruzar os códigos de verificação com as respostas dadas (estas serão apenas enviadas para o investigador).

- o investigador não terá em qualquer momento possibilidade de associar a resposta ao respondente.

- apenas será comunicado à pessoa de referência quais os códigos de verificação cuja resposta não foi rececionada pelo investigador. O objetivo é reforçar a participação no estudo;

- para esclarecimento de qualquer dúvida contactar o investigador através do e-mail: irmapaula.fmns@gmail.com , nos contactos com o investigador **não deve revelar** o seu código de verificação.

Instruções de preenchimento:

- aceder ao link :

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dEVWemVzYTJDVWVzZUsxZTNUQl!WRIE6MQ#gid=0> ;

- iniciar o preenchimento com a introdução do código de verificação fornecido acima e seguir às instruções apresentadas na página;

- o preenchimento apenas estará concluído e enviado ao investigador após carregar no botão SUBMETER ou SUBMIT;

- No final aparecerá uma mensagem de agradecimento e confirmação do envio da sua resposta, nesta altura deve fechar a janela do seu navegador de internet.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IV – Questionário

A competência para o cuidado espiritual em Enfermagem

Ana Paula da Conceição, doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira e co-orientação do Professor Doutor Elísio Costa, está a realizar uma tese relacionada com os cuidados espirituais em Enfermagem. Este questionário é colocado a Enfermeiros com prática profissional e pretende-se uma amostra representativa de todo o país.
(Nota: Se já respondeu a este questionário, não o faça de novo e dê essa informação à sua pessoa de

Insira o seu código de validação *

Page 2

Após a página 1 [Continuar para a página seguinte](#) ▼

Informação



Exm^o/a Senhor(a) Enfermeiro (a)/Caro colega, Estamos a desenvolver um projecto de investigação sobre "A competência para o cuidado espiritual em Enfermagem". As finalidades deste estudo centram-se em conhecer a realidade portuguesa na Enfermagem em relação a esta temática, visando contribuir para uma prestação de cuidados de Enfermagem mais global. O seu contributo, ao preencher o questionário, ainda que voluntário é imprescindível para este estudo. Ficaremos gratos se colaborar, exprimindo individualmente a sua opinião, assinalando a resposta com que mais se identifica. O questionário é anónimo, as respostas são confidenciais, não se pretende qualquer avaliação individual, pelo que as respostas serão tratadas globalmente. Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta. Agradecemos desde já a sua colaboração. Em nenhum momento o investigador terá acesso ao código de validação que lhe foi enviado pelo mediador. Logo que estejam disponíveis, terá informação sobre os resultados do estudo.

Page 3

Após a página 2 [Continuar para a página seguinte](#) ▼

Dados Pessoais

Idade *

Sexo *

Tempo de exercício profissional *

Locais onde exerceu a profissão e tempo

	menos de 1 ano	1 ano - 3 anos	mais de 3 anos	mais de 5 anos	mais de 15 anos
1.Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Centro de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Unidade Cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Continuados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Escolas de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Outro local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Onde trabalha actualmente *

- 1. Hospital
- 2. Centro de Saúde
- 3. Unidade Cuidados Continuados
- 4. Escolas de Enfermagem
- 5. Outro local

Em que nível académico adquiriu competências para a prestação de cuidados espirituais? *

- Nenhum nível académico
- Bacharelato
- Licenciatura
- Superior a Licenciatura
- Não adquiriu
- Outro:

Distrito ou região autónoma onde vive? *

Religião *

- 1. Católica
- 2. Protestante
- 3. Muçulmana
- 4. Agnóstico
- Outro:

Com que frequência participa em serviços religiosos? *

- Todos os dias
- Mais de 1 vez por semana
- 1 vez por semana regularmente
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 vez por mês
- 1 a 2 vezes por ano
- Nunca

Com que frequência reza em privado? *

- Mais que uma vez por dia

- 1 vez por dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por mês
- Nunca

Com que frequência lê literatura religiosa? (ex: Bíblia, Corão, etc) *

- Mais que uma vez por dia
- 1 vez por dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por mês
- Nunca

Com que frequência reza ou dá graças antes ou depois das refeições em sua casa? *

- A todas as refeições diárias
- Duas vezes por dia
- Uma vez por dia
- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Apenas em ocasiões especiais
- Nunca

Escala das competências de Enfermagem para o cuidado espiritual

Selecione a opção com que mais se identifique.

1. Respeito e não tenho qualquer preconceito em relação a crenças espirituais/religiosas dos meus pacientes. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

2. Reconheço a espiritualidade/religião do paciente mesmo que esta seja diferente da minha. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

3. Não procuro impor a minha espiritualidade/religião ao paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

4. Tenho consciência das minhas limitações pessoais quando lido com a espiritualidade/religião do paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

5. Sou capaz de escutar ativamente a “história de vida” do paciente estabelecendo a relação com sua doença/deficiência. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

6. Na minha relação com um paciente, tenho uma atitude de aceitação (demonstrando preocupação, compreensão, inspirando confiança e confiança, empatia, autenticidade, sensibilidade, sinceridade, pessoal). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

7. Sou capaz de transmitir oralmente e/ou por escrito as necessidades espirituais do paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

8. Na relação com o paciente consigo cuidar das suas necessidades/problemas espirituais. *

- Discordo totalmente
- Discordo

- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

9. Sou capaz de atender às necessidades/problemas espirituais do paciente procurando contributo da equipa multidisciplinar. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

10. Sou capaz de registar a componente do cuidado espiritual no plano de cuidados de enfermagem. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

11. Sou capaz de dar a conhecer por escrito, o funcionamento espiritual do paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

12. Sou capaz de dar a conhecer oralmente o funcionamento espiritual do paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Sou efetivamente capaz de encaminhar o paciente, para outro cuidador/profissional de saúde, de acordo com as suas necessidades espirituais. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

14. Perante um pedido de um paciente com necessidades espirituais, sou capaz de atempada e efetivamente encaminhá-lo para um perito (por exemplo: capelão/líder religioso do paciente/imã). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

15. Sei quando devo procurar um perito espiritual no cuidado espiritual do paciente *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

16. Sou capaz de proporcionar cuidado espiritual. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

17. Sou capaz de avaliar o cuidado espiritual que prestei, tanto com o doente como na equipa disciplinar/multidisciplinar. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

18. Sou capaz de informar o paciente acerca dos serviços de natureza espiritual que existem na instituição de saúde (incluindo o cuidado espiritual, centro de meditação e serviços religiosos). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

19. Sou capaz de ajudar o paciente a manter diariamente as suas práticas espirituais (incluindo ouvir música, rituais, oração, meditação, leitura da Bíblia/Corão). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

20. Sou capaz de atender à espiritualidade do paciente durante os cuidados diários (por exemplo: cuidados de higiene). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

21. Sou capaz de encaminhar os membros da família do paciente para um conselheiro espiritual/pastor etc, caso me seja pedido e/ou expressem necessidades espirituais. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

22. No meu serviço, sou capaz de contribuir e assegurar a qualidade do cuidado espiritual. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

23. No meu serviço, sou capaz de contribuir para o desenvolvimento profissional da qualidade do cuidado espiritual *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

24. No meu serviço, sou capaz de identificar problemas relacionados com o cuidado espiritual em reuniões de passagem de turno. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

25. Sou capaz de treinar outros profissionais de saúde para prestarem cuidado espiritual ao paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião

- Concordo
- Concordo totalmente

26. Sou capaz de estabelecer normas orientadoras sobre aspectos do cuidado espiritual para a gestão do serviço de enfermagem. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

27. Sou capaz de implementar um projeto de cuidado espiritual na área de enfermagem. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Inventário de Inteligência Espiritual

Assinale a resposta que mais se adequa a si.

1. Muitas vezes me questioneei e ponderei sobre a natureza da realidade. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

2. Reconheço aspetos em mim que vão para além do meu corpo físico. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

3. Já passei tempo a refletir sobre o propósito ou a razão da minha existência. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

4. Sou capaz de entrar em estados transcendentais de consciência ou de conhecimento. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

5. Penso muito acerca daquilo que acontece após a morte. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

6. É difícil para mim atribuir valor a outras coisas que não sejam físicas ou materiais. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

7. A capacidade que tenho em encontrar sentido e objetivo na vida ajuda-me a ultrapassar situações de stress. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

8. Consigo controlar quando entro em estados transcendentais de consciência ou conhecimento. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

9. Desenvolvi as minhas próprias teorias acerca da vida, da morte, da realidade e da existência. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

10. Reconheço a existência de uma ligação profunda entre mim e as outras pessoas. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

11. Sou capaz de definir um propósito ou razão para a minha vida. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

12. Consigo mover-me livremente entre níveis de consciência ou de conhecimento. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

13. Penso muitas vezes àcerca do significado dos acontecimentos na minha vida. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

14. Defino-me pelo meu interior e não pelo físico. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

15. Quando experimento fracasso, continuo capaz de encontrar sentido nisso. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

16. Consigo compreender mais facilmente os problemas e as escolhas que faço quando me encontro em estados transcendentais de consciência/conhecimento. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

17. Refleti muitas vezes na relação que existe entre os seres humanos e o resto do universo. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

18. Tenho elevada consciência dos aspetos não materiais da vida. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

19. Sou capaz de tomar decisões de acordo com o propósito da minha vida. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

20. Reconheço nas outras pessoas qualidades que são mais importantes do que o aspeto físico, personalidade ou emoções. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

21. Pensei muitas vezes sobre a existência ou não de um ser ou força superior (por exemplo: deus, deusas, divindades, energia suprema, etc.). *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim

- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

22. Reconhecer os aspetos não materiais da vida ajuda-me e concentra-me no essencial. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

23. Consigo encontrar um sentido e um propósito nas experiências do meu dia-a-dia. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
- não é muito verdadeiro para mim
- tem alguma verdade para mim
- é muito verdadeiro para mim
- completamente verdadeiro para mim

24. Desenvolvi as minhas próprias técnicas de forma a conseguir entrar em estados transcendentais de consciência ou conhecimento. *

- Não é de todo verdadeiro para mim
 - não é muito verdadeiro para mim
 - tem alguma verdade para mim
 - é muito verdadeiro para mim
 - completamente verdadeiro para mim
-

ANEXO V – Autorização do autor para a utilização da SCCS

Ir.Paula

De: Leeuwen, R van [rleeuwen@gh-gpc.nl]
Enviado: quarta-feira, 6 de Maio de 2009 9:16
Para: ana.paula@esenfsm.pt
Assunto: RE: request of collaboration from Portugal

Dear Sister Anna,

Thank you very much for you request. Of course I will give you my authorization to use the references and the SCCS. The only request I have for you is that you keep me informed about the outcomes of your project.

I wish you lots of success with your project. I find it very encouraging to meet people who are dealing with such an important issue for healthcare.

With kind regards and God bless you,

René van Leeuwen

Van: ana.paula@esenfsm.pt
Verzonden: vrijdag 24 april 2009 13:31
Aan: Cusveller, Bart
Onderwerp: Fwd: request of collaboration from Portugal

I am Ana Paula da Conceição, teacher in a nursing school, doing post-graduation course in Nurse. I belong to a Religious Catholic Congregation, I'm sister, and give classrooms in a catholic school of Nursing in Portugal.

I would like to contact with you in order to to have authorization to use references of the article "Towards nursing competencies in spiritual care" and to validate for Portugal reality the scale "Spiritual Care Competence Scale (SCCS)" in my work of investigation. I wait for answer to my request, apologies for my weak English. Thanks

Sister Ana Paula

ANEXO VI – Autorização do autor para a utilização da SISRI-24

Ir.Paula

De: David King [dbking@live.ca]
Enviado: domingo, 28 de Fevereiro de 2010 22:41
Para: ana.paula@esenfsm.pt
Assunto: RE:

Hello and thank you for your interest in my scale. It's always great to hear of people who are interested in spiritual intelligence!

I think the SISRI would absolutely be appropriate in a nursing sample. The scale is free to use and can be downloaded from my website: www.dbking.net/spiritualintelligence/

Please keep in mind that although spiritual intelligence is related to religiousness in many ways, the scale I developed is based on a non-denominational and non-religious perspective of spirituality.

Best of luck with your work!
David

David King

My Website: <http://www.dbking.net>
My Blog: <http://davidbothered.blogspot.com>

From: ana.paula@esenfsm.pt
To: dbking2211@hotmail.com; dbking@live.ca
Subject:
Date: Tue, 23 Feb 2010 10:28:04 +0000

Good morning I am Sister Ana Paula, I belong to a religious congregation and live in Portugal. I am a nurse and a teacher at a nursing school, now I find myself doing a PhD in advanced nursing in the area of spirituality at Catholic University and intend to study how the spiritual intelligence of nurses influences their capacity for spiritual care of patients.

I'm still to start my study and would like your opinion of the "The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory" is an appropriate tool to relate later with a scale that assesses the competencies of the nurse to spiritual care. I apologize for my poor English, I want to understand.

Take this opportunity to ask you also permit me to translate and validate the Inventory for the Portuguese language. Recognized by the attention, awaiting response

Sister Ana Paula da Conceição

