



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos

Texto contexto - enferm.,v.21,n.2,p.260-268,2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39380>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

SIGNIFICADO DE ESPIRITUALIDADE PARA A ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

Ramon Moraes Penha¹, Maria Júlia Paes da Silva²

¹ Doutorando em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Bolsista da CAPES. São Paulo, Brasil. E-mail: rvamus@usp.br

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. São Paulo, Brasil. E-mail: juliaps@usp.br

RESUMO: Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, que objetivou identificar o significado de espiritualidade para a equipe de enfermagem de Unidade de Cuidados Intensivos e investigar como os valores de espiritualidade dos profissionais interferem no processo de cuidar. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com trinta e quatro profissionais da equipe de enfermagem intensiva de um hospital público do município de São Paulo. As categorias de análise foram: A dimensão espiritual e seus significados, composta pelas subcategorias: Fé e crença religiosa; Crença em uma força/poder superior; Bem-estar espiritual e atributo do espírito, e a outra categoria emergente foi: Entre o Vínculo e o conflito: a influência de valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo, subdividida em: os valores religiosos e os valores bioéticos. A multiplicidade de significados refletiu a multidimensionalidade conceitual expressa na literatura e estiveram relacionadas às condições emocionais da própria equipe de enfermagem, por interferirem nas relações de empatia e nas questões existenciais.

DESCRIPTORES: Espiritualidade. Religião. Comunicação. Enfermagem. Unidade de Cuidados Intensivos.

MEANING OF SPIRITUALITY FOR CRITICAL CARE NURSING

ABSTRACT: The aim of this exploratory and descriptive study with a qualitative approach was to identify the meaning of spirituality for the nursing staff at an intensive care unit and to investigate how the professionals' spirituality values intervene in the care process. We conducted semi-structured interviews with thirty-four professionals working in an intensive care nursing team in a public hospital in São Paulo city. The categories were: The spiritual dimension and its meanings, composed of the subcategories: Faith and religious belief; Belief in a Higher Force/Power; Spiritual well-being and Attribute of the spirit. The other category was emerging: Between bond and conflict: the influence of values in care delivery to seriously ill patients, subdivided into: Religious values and Bioethics values. The multiplicity of meanings reflected the multidimensional nature of the spirituality concept expressed in the literature and was related to the nursing staff's emotional conditions in the relations of empathy and in existential issues.

DESCRIPTORS: Spirituality. Religion. Communication. Nursing. Intensive Care Unit.

SIGNIFICADO DE LA ESPIRITUALIDAD PARA LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN: Estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cualitativo que tuvo como objetivo identificar el significado de la espiritualidad en el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos e investigar cómo los valores de espiritualidad de los profesionales pueden intervenir en el proceso de cuidar. Fueron conducidas entrevistas semi-estructuradas con treinta y cuatro profesionales del equipo de enfermería intensiva en un hospital público de la ciudad de São Paulo. Las categorías de análisis fueron: La dimensión espiritual y sus significados, conformada por las subcategorías: Fe y creencia religiosa, Creencia en una fuerza/energía superior, Bienestar espiritual y Atributos del espíritu. La otra categoría descubierta fue: El vínculo entre los conflictos y la influencia de los valores en el cuidado de los pacientes gravemente enfermos, subdividida en: valores religiosos y valores bioéticos. La multiplicidad de significados reflejó la naturaleza multidimensional del concepto de espiritualidad expresado en la literatura y se relacionó con las condiciones emocionales del propio equipo de Enfermería en las relaciones de empatía y demás asuntos existenciales.

DESCRIPTORES: Espiritualidad. Religión. Comunicación. Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico nas ciências da saúde promove revoluções nas significações dos processos de saúde-doença, tanto para as pessoas doentes quanto para técnicos em saúde. Cada vez mais, os profissionais são levados a aprofundar os conhecimentos, na medida em que o avanço tecnológico exige a criação de protocolos, o que edifica uma assistência pautada em execução técnica de procedimentos, especialização da equipe, manejo dos equipamentos a construção de competências e habilidades técnicas para a atenção aos pacientes graves recuperáveis, que são o centro da funcionalidade de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).¹

Ao mesmo tempo, emerge a revisão crítica do envolvimento da enfermagem com a tecnologia, uma vez que a edificação da ciência do cuidar humano é norteadada fundamentalmente pelos conceitos humanísticos do termo pessoa e tem adotado, de modo pouco crítico, valores mecanicistas. Assim, a tecnologia tem influenciado não apenas o cuidado direto aos pacientes, mas os valores, o conhecimento, as habilidades, as políticas de atenção em saúde, regras e responsabilidades dos profissionais que atuam nesta área.²

Constata-se hoje modificações paradigmáticas importantes nas ciências da saúde. A modificação do conceito de saúde proposto pela Assembleia Mundial de Saúde (1983) é um bom exemplo das modificações nos construtos conceituais desta área, que vão sendo delineados pelo ser humano, a fim de suprir suas necessidades existenciais.³

Atualmente, está inclusa no conceito de saúde, a dimensão não material ou também espiritual. A partir de então, a Organização Mundial da Saúde criou o Grupo de Qualidade de Vida, que inclui o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB), no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o *World Health Organization's Quality of Life Measure (WHOQOL)*.³

Com a formalização deste novo domínio, foi estabelecida não apenas uma nova forma de estar no mundo, mas a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que tangencia o reconhecimento de necessidades espirituais, tanto dos pacientes quanto da população em geral. Assim, aspectos que transcendem o ser humano, para estruturas cósmicas mais elevadas que a limitação imposta pela matéria, reforça os mecanismos que potencializam o modo pelo qual interagimos com o outro e com o mundo.⁴

A aproximação das ciências a temas então ditos religiosos, tem sido mais intensa e ocorrido por diversas vias. Nunca se falou tanto em ciência e espiritualidade como nos dias de hoje. Indubitavelmente, o processo de retomada dos valores humanos do atendimento associado à importância cultural dos aspectos religiosos como itinerantes no processo de cura/reabilitação de doenças têm sido mecanismos fundamentais para a entrada do discurso da espiritualidade do atendimento em saúde.

A espiritualidade tem sido descrita, de modo geral, através de elementos conceituais mais comuns, sendo estes: 'sentido', que estaria relacionado a um significado ontológico para vida, advindo através das mais diversas experiências; 'valores', composto por crenças e padrões culturalmente aceitos, estimados através de comportamentos comuns para determinados povos; 'transcendência', que seriam experiências que permeiam o campo da subjetividade; 'conectividade', intimamente relacionado ao relacionamento com Deus, com os outros, com a natureza e consigo mesmo e, por fim, 'tornar-se', caracterizado pela busca do ser humano por um desdobramento da vida, a busca por um sentido pleno para existência.⁵ Religião, por sua vez, pode ser compreendida como a sistematização de elementos ritualísticos e simbólicos, que configuram e determinam o modo como as pessoas acessam o divino e o sagrado. A execução destes ritos é denominada de religiosidade.⁵ Religiosidade e espiritualidade são um marco para a nova era, especialmente a partir do momento em que as crenças e práticas religiosas/espirituais têm demonstrado ser de forte impacto no auxílio para enfrentamento nas mais diversas situações de desequilíbrio na saúde das pessoas, preparo para morte e, até mesmo, nas relações interpessoais dos profissionais. Este fato apresentou particular relevância a partir do ano 2000, quando as publicações sobre espiritualidade em saúde cresceram consideravelmente.⁶

Pesquisadores⁷ observaram que, na medida em que necessidades espirituais de familiares de pacientes que recém-faleceram eram identificadas pela equipe de saúde, melhor era o enfrentamento do luto, uma vez que os vínculos afetivos tendiam a se estender para a crença em uma vida futura, além da vida física.⁷ Outro aspecto importante encontrado em outro estudo foi o fato de que, conforme a doença grave progride, as questões existenciais tendem a ser mais recorrentes nos

discursos dos familiares e pacientes do que as preocupações com abordagens tecnológicas e clínicas.⁸⁻⁹

Ao analisar o movimento entre cuidar e cuidar-se, em Unidade de Terapia Intensiva, pesquisadoras¹⁰ observaram que os profissionais de enfermagem apresentavam sentimentos potencializadores de um cuidado humanizado e integral; contudo, o modelo assistencialista adotado, regido por padronizações, não permitia a identificação desses sentimentos durante a assistência, o que levava a equipe a estados frequentes de sofrimento psicológico, principalmente por conviverem em um ambiente circundo de dor, sofrimento e perdas.¹⁰

Exploradas as questões relacionadas à atualidade e relevância do tema da espiritualidade e religiosidade para a enfermagem, e na perspectiva de explorar o assunto, no cenário brasileiro, este estudo teve como objetivos: identificar o significado da dimensão espiritual no cuidado para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva e verificar se os valores de espiritualidade da equipe de enfermagem interferem no seu processo de cuidar.

Neste estudo foi utilizado o conceito de ser humano proposto pela Teoria do Cuidado Transpessoal,¹¹⁻¹² de modo que ser humano é concebido a partir de princípios transcendentais, e não está restrito às questões temporais, mas que interage por dimensões próprias, com capacidade de coexistir entre passado, presente e futuro, e que continua a existir mesmo após a morte do corpo físico. Também foram observados aspectos da comunicação não-verbal em enfermagem, especialmente o que tangencia as questões relacionadas à proximidade, táctica, cinésica e paralinguagem.¹³

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo, tipo descritivo-exploratório, realizado na UCI de um Hospital Universitário, na cidade de São Paulo. A população foi composta de 34 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UCI adulto, dos turnos matutino, vespertino e noturno, que aceitaram participar do estudo. Foi adotado como critério de inclusão trabalhar em Unidade de Cuidados Intensivos há, no mínimo, seis meses. Pretendeu-se com este critério o enriquecimento do conteúdo dos discursos.

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição pesquisada

(Processo número 695/06). Após sua aprovação, os funcionários foram contatados, e os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido informados adequadamente dos objetivos do estudo e garantido seu anonimato, entre outros itens do termo, que garantiu a confidencialidade das informações.

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de autorrelatos estruturados, norteada pelo roteiro de entrevista, contendo as seguintes questões-chave: o que é espiritualidade para você? e Você acha que sua fé/crença (em Deus ou alguma outra divindade) influencia o cuidado prestado? De que forma? , que forneceram subsídios para interpretação e alcance dos objetivos propostos. As entrevistas foram individuais, realizadas em uma sala reservada dentro da Unidade de Cuidados Intensivos, com duração média de 20 minutos. Os relatos foram gravados em fita K-7, transcritos e tratados através da técnica de análise de conteúdo, cuja abordagem esteve vinculada à hermenêutica, permitindo o aprofundamento nas subjetividades dos relatos coletados. As linhas de análise foram delimitadas a partir da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁴ O período de realização do estudo ocorreu entre 2007 e início de 2008.

À título de organização, foi adotada a identificação dos fragmentos dos relatos, de modo que as letras E e T indicam, respectivamente, enfermeiro e técnico. O elemento numérico que compõe o conjunto apenas indica a posição do discurso no desenvolvimento da técnica de análise de conteúdo.

RESULTADOS

Dos 34 profissionais que participaram da pesquisa, 30 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Em relação à idade, o intervalo foi entre 24 e 56 anos ($\pm 26,3$); quanto ao tempo de trabalho em UCI, houve a variação entre o mínimo de 6 meses, e o máximo de 15 anos de experiência ($\pm 10,2$).

Em relação à religião, 15 referiram adotar o catolicismo. Dentre estes, quatro afirmaram praticar a religião que professam. O protestantismo foi citado como vínculo religioso por oito profissionais e, entre estes, todos disseram praticá-lo. O espiritismo foi referido por três profissionais, como religião de escolha, sendo que dois destes referiram a prática religiosa. Um referiu a igreja Adventista como inserção religiosa, e que frequen-

tava a igreja ao menos uma vez por semana. Também um profissional afirmou praticar o budismo como forma religiosa de manter contato com o plano espiritual e um referiu o Candomblé como religião, e afirmou ser praticante. Disseram não ter nenhum vínculo religioso três e, embora sem especificar qual, dois profissionais indicaram ter mais de um vínculo religioso.

A partir dos relatos e do referencial metodológico utilizado para análise, emergiram duas categorias centrais e seis subcategorias que compuseram o *corpus* de discussão deste trabalho, conforme segue: A dimensão espiritual e seus significados, composta pelas subcategorias: Fé e crença religiosa; Crença em uma força/poder superior; Bem-estar espiritual e atributo do espírito. Entre o vínculo e o conflito: a influência de valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo, subdividida em duas vertentes: Os valores religiosos e Os valores bioéticos.

A dimensão espiritual e seus significados

Fé e crença religiosa

Foi a subcategoria mais proeminente dos discursos e explícita a estreita relação da espiritualidade com a expressão da vida religiosa, conforme consta nos fragmentos de relatos a seguir:

[...] eu acho, [pausa] é [pausa], *hã, difícil. Mas eu acho que espiritualidade é relativo à religião. A gente precisa da religião para se apoiar, para acreditar em Deus. Eu acho que espiritualidade está muito ligado com religião* (E32).

[...] eu acho que sempre está ligado com alguma religião. *Alguma entidade religiosa, não importa qual seja* (E34).

[...] a gente lida com vários tipos de pessoas, vários tipos de espiritualidade [no sentido de religião] que surge. *Tem gente que segue essa linha [religiosa], tem gente que segue outra, então certos tipos a gente consegue identificar conversando e tal. Você pergunta a religião, muitas vezes você está ali, ligado [...]* (T24).

Para a maioria dos pesquisados, espiritualidade é o mesmo que fé e religiosidade. Outro aspecto relevante diz respeito ao modelo ocidental de religião, que é fundamentado no conceito monoteísta de Deus, uma vez que Ele, Ser Supremo da criação, é responsável pelo destino dos seres humanos, interligado a determinados modelos organizacionais do pensamento religioso.¹⁵ Pôde ser observada uma característica fundamental do

discurso da espiritualidade enquanto significado religioso, conforme segue nos exemplos discursivos:

[...] *é, está ligado à fé [...]* eu que acredito em Deus, o Supremo, *aquele que criou todas das coisas. [...] porque eu acredito na bíblia e a bíblia falou muito do nosso corpo, o corpo seria a carne, o espírito e a alma* (T04).

[...] *eu acho que é acreditar em algo, que para nós cristãos é Deus, é Jesus, e basear sua vida nisto. É como se você tem algo superior que você possa se apoiar em momentos de dificuldade* (T08).

Olha, espiritualidade para mim é a capacidade que o ser humano tem de acreditar [pausa], de crenças religiosas, de acreditar em algo religioso (E11).

Outro aspecto emergente dentro da subcategoria Fé e crença religiosa foi o fato de que o profissional de saúde recorre ao discurso religioso frente ao estado de fragilidade do paciente ou familiares:

[...] *o paciente que está com dor, que está deprimido, fora do seu lar [...]. Tá necessitando de cuidados. Então a gente tende a superar isto dele, passando paz, dedicação, estimulando a fé que ele vai melhorar. Isto ajuda muito, você pedir para ele confiar em Deus, que daqui a pouco você vai sair daqui curado. Porque o mérito é de Deus, porque Ele quem nos criou* (T01).

Outros relatos posicionam a religião com um meio para que a espiritualidade seja atingida, conforme se observa nas transcrições seguintes, em que a influência religiosa é fundamentada basicamente na preposição da existência de Deus, enquanto entidade institucionalizada:

[...] *eu acho que é o meio [a religião] pelo qual a pessoa encontra a paz. É difícil encontrar a paz, mas a religião traz isto, pelo menos para mim* (E07).

[...] *o que revela a espiritualidade para você é a sua fé. Se você tem fé [pausa seguida de mudança súbita de assunto] porque ninguém nunca viu Deus, nunca. No caso, o meu Deus é negro e o seu é branco, porque lá [na bíblia] tá escrito que Ele é imagem e semelhança [...]* (T12).

No mundo moderno, especialmente, a religião tem apresentado, desde o desenvolvimento clerical e a sublimação do sistema capitalista, uma tendência à monopolização daquilo que é espiritual.

Crença em uma força/poder superior

Esta subcategoria trouxe à tona o significado de espiritualidade enquanto uma ideia de crença em uma força ou poder superior.

Para mim espiritualidade é você acreditar em alguma coisa, em algo superior [...] eu acho que espiritualidade não se resume a religião [...] (T17).

Espiritualidade [...] tem a ver com uma coisa que você acredita sem você ver; uma força maior que você busca, no sentido para justificar algumas passagens da sua vida, e um apoio que não seja [fisicamente] presente (T33).

O discurso subsequente aponta certa reconstrução/ressignificação da ideia de espiritualidade, partindo de um sistema de crenças para uma ideia diferentemente elaborada sobre necessidades espirituais:

[...] o que eu entendo por espiritualidade hoje é diferente do que eu entendia há alguns anos atrás. Hoje eu entendo por espiritualidade uma relação que eu tenho com um Ser Superior, que eu chamo de Deus. [...] a isto eu entendo como espiritual. Já, há alguns anos atrás, para mim era sinônimo de religião. Acho que esse conceito mudou com o fato de eu ter amadurecido, não só pessoal como profissionalmente, e ter conseguido perceber que a pessoa tem necessidades que muitas vezes não são religiosas, mas sim, espirituais (E19).

O desenvolvimento pessoal, através do contato com o outro, com as mais diversificadas situações da vida, permite a revisão de conceitos e amplificação do modo pelo qual o mundo é percebido e significado.

Bem-estar espiritual

Inserido no discurso de bem-estar espiritual está contido o propósito e sentido da vida para as pessoas, o que sugere diminuição do conflito estabelecido nas relações interpessoais em saúde do que diz respeito às diferentes vertentes religiosas. O fragmento a seguir expressa esta perspectiva:

[...] ah! eu acho que é um estado de espírito, uma coisa que você acredita, que você se sente bem, aquilo que te faz bem. Uma coisa que você acredite e que te faz bem. Eu acho que é isto. O que eu penso é isto (E05).

A partir do fragmento acima, a ideia de bem-estar espiritual proporcionaria às pessoas certo estado de benevolência, cujo significado de dimensão espiritual, como estado de bem-estar, implicaria em alterações nas habilidades comunicacionais exercidas cotidianamente.

Atributo do espírito

Esta subcategoria mantém estreita relação com o sentido etimológico do termo espiritualidade, e que compõe os atributos de dimensão

espiritual. De modo interessante, esta não exclui as outras concepções, mas fornece conteúdo reflexivo de aplicabilidade nas estruturas categóricas apreciadas anteriormente.

Eu acho que espiritualidade vem do espírito, então eu acho que seja isto (T14).

Para mim espiritualidade é referente a espírito, ao espírito da pessoa, e o que eu entendo por espírito é essa coisa que é, que acompanha o corpo físico durante a existência. É ele que faz com que a pessoa é, seja [pausa], tenha necessidades diferentes, viva e perceba as coisas de maneiras diferentes (E18).

[...] espiritualidade é tudo aquilo que você vê dentro da pessoa. Não o corpo dela, sabe [...] é aquilo que a gente não está vendo, não é o corpo da pessoa, mas o espírito dela. Porque muitas vezes a gente [corpo] pode estar doente, mas o espírito não (T29).

De modo peculiar, nesta subcategoria está centrado o eixo fundamental que sustenta a base filosófica do cuidar em enfermagem, uma vez que compreender a dimensão espiritual como atributo do espírito, implica em atribuir ao ser humano, a característica inegavelmente transcendente e as atitudes do cuidar devem ter como objetivo a interação com esta dimensão.

Entre o vínculo e o conflito: influência de valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo

Esta categoria é composta por duas subcategorias: os valores religiosos e os valores bioéticos, e evidenciou as relações de vínculo e de conflito.

Valores religiosos

Especialmente no Brasil os valores religiosos são predominantes na orientação moral, social e espiritual das pessoas. Esta subcategoria emergiu da relação entre os valores religiosos e a atitude de cuidado junto ao paciente grave.

No momento que a pessoa está debilitada, ta no leito de doença, e até mesmo no de morte, é [pausa] a gente percebe que a questão da religião, da fé [...]. Tem uma [...] história de uma paciente [...] que ficou internada com a gente seis meses [...] a gente criou uma cumplicidade muito grande, por causa da religião [...] falava a mesma língua [...] se confortava [...]. Um dia eu trouxe um louvor para esta paciente [...]. Ela tava tão para baixo naquele final de semana, no final do plantão, ela ficou muito feliz [...] e aí, depois ela começou a afundar, começou a afundar [silencia] ela morreu próximo ao carnaval [...]. É um sentimento [...] não como um paciente

como tantos outros que entram, que sai e entra; eu senti ela como uma paciente que tinha uma coisa que a gente tinha que terminar juntas [silencia] (T03).

Muitas vezes, a forma de manifestação religiosa não é fiel aos pressupostos teóricos que a regem, uma vez que a transcendência não é uma possibilidade, e sim, uma certeza ditada por todas as religiões, cada qual ao seu modo. Nos discursos seguintes, é notória a barreira criada no cuidado, dada a diferença religiosa e o conflito existente quando o profissional também apresenta dificuldades em lidar com as mais diversas situações ocorrentes na unidade:

[...] quando estou lidando com o paciente eu tento, é, não mostrar muito a minha espiritualidade [religião] porque eu não sei se está compatível com ele. Eu tenho medo de criar uma aversão porque eu não sei qual é a fé que ele professa; então eu fico com medo de invadir o espaço da pessoa [...] eu fico longe (T15).

Eu acho que influencia muito [...]. A gente está com uma paciente aqui na UCI [...]. Cada dia eu penso uma coisa: por quê? O que aconteceu com ela? Foi uma fatalidade? Qualquer coisa espiritual? É um castigo? [...] eu sei que não cumpro minha obrigação ali [...] dessa questão espiritual, ou seja, eu não paro do lado dela para conversar [...] para saber se ela quer me falar alguma coisa, se ela quer me perguntar alguma coisa [longa pausa, olhos marejados], por medo mesmo, entendeu, por que não sei como eu vou lidar se ela me fizer perguntas do tipo: 'por quê isto aconteceu comigo?' (E11).

Os valores religiosos também foram manifestos sob uma perspectiva curativa através do intermédio divino, como observado a seguir:

[...] eu acho que é muito importante ter uma religião, tipo, eu acho que uma pessoa que fala: 'eu não acredito em nada', como não acredita em nada? [voz enfática]. Precisa ter uma base. Eu tenho isto e me apóio nisto. Então eu acho que, de certa forma, influencia sim o cuidado [...] quantas vezes eu já falei: 'acredite em Deus, você vai melhorar, a senhora vai melhorar, com a graça de Deus' (T08).

É uma confiança que eles pegam na gente através da palavra de Deus. Quando você vai mexer com o paciente, mesmo que ele esteja aparentemente inconsciente, esteja sedado, mas você [...] começa a falar de Deus: 'olha, Deus, ele é bom, é maravilhoso; mesmo que o senhor não pode falar, mas o senhor pode pensar coisas boas sobre Deus. Ele vai curar o senhor, Ele vai tirar o senhor desse leito, ele, sabe, porque Deus tem o poder para tudo isso, é só o senhor crer' (E24).

Na presença da dor prolongada e nas situações em que há criação de algum tipo de vínculo,

os profissionais expressaram aspectos conflituosos na interação cuidativa e também se valeram de aspectos religiosos/espirituais para o enfrentamento da situação:

[...] tem alguns casos que [...] você vai para casa e aí, aquela hora que você vai orar, vai conversar com Deus, você lembra de pedir para aquele paciente, não são todos não [...], mas tem uns casos que você fica pensando: 'nossa, meu Deus, olha mais para ela agora' [...]. Sabe, por mais que você veja, não tem jeito, você ainda tem um pouquinho de fé; pela família [...] e você começa meio que a se pôr no lugar, e se fosse um parente seu? (T31).

É importante cuidar do paciente com carinho, com amor, com religião, com uma crença boa [...] não é que Deus vai curar, porque Deus não vai poder curar todo mundo que está ali, na beira da morte. Acho que cada um tem sua hora de morrer. Eu espero é que a pessoa não sofra tanto, porque às vezes a gente vê isto aqui na UCI [...] demora, até pelas próprias drogas que são usadas, noradrenalina [...] (T22).

Os valores religiosos se apresentaram intimamente relacionados aos aspectos de cuidado em situações de sofrimento humano. Este fator pôde ser observado no emprego da designação "Deus" nos relatos.

Valores bioéticos

Essa subcategoria emergiu de discursos cujo conteúdo direcionou a uma análise menos religiosa no processo de aproximação para as relações de cuidar. Apresentou-se num contexto mais humanístico que legaliza o trabalho em enfermagem. Contudo, este fato não exclui a presença de conflitos, de valores humanos perante eventos dolorosos da vida, como pode ser observado nos fragmentos a seguir:

[...] eu acho importante a gente respeitar. Respeitar [a crença religiosa], pode ajudar em alguma coisa que ele queira, entende (T05).

[...] olha, eu tenho um ditado muito particular [...] de que eu não faço aos outros o que não quero que façam para mim. E o meu direito de funcionária começa quando eu cuido bem de um paciente, eu sou cuidadora, entendeu? [...] Se ele se sujar dez vezes, eu estou aqui, dez vezes eu tenho que limpar [...]. Mas eu tenho que ficar ali, entendeu, porque esta é a minha profissão, é o meu serviço. Então, não é questão da minha religião influenciar isto (T12).

[...] o que influencia é o respeito que eu tenho, é a sensibilidade, é o meu jeito de ser, então isso influencia no meu cuidado (E23).

[...] eu procuro sempre tratar as pessoas como gostaria de ser tratada. Eu não posso deixar que a minha fé, que a minha crença religiosa interfira a ponto de ser prejudicial ou de ser preconceituosa, ou de querer que as pessoas sejam iguais [...]. Então eu acho que influencia sim. Mas não de uma maneira que atrapalhe, porque às vezes eu acho que as pessoas confundem muito as coisas (E18.)

Ficou evidente nos discursos que as relações de bioética são estabelecidas no campo do princípalismo, sendo os quatro princípios conhecidos desta corrente filosófica, tão inserida na cultura ocidental: o benefício, o não-malefício, a autonomia e o senso de justiça.²⁰

DISCUSSÃO

A base teórico/filosófica do Cuidado Transpessoal visa proporcionar aos enfermeiros e profissionais da saúde, de um modo geral, ferramentas intelectivas e de sensibilidade para que se estabeleça um envolvimento espiritual e, quando este ocorre, existe a resignificação daquilo que é material para o verdadeiro sentido das interações humanas, que é o ser espiritual.¹²⁻¹³

As repercussões na prática clínica dos profissionais que participaram deste estudo acerca do caleidoscópio conceitual sobre espiritualidade ficou evidenciada na primeira categoria: A dimensão espiritual e seus significados. Este achado corrobora com a discussão existente na literatura, no que diz respeito à ampla gama de significados de espiritualidade que tem sido o epicentro das discussões filosóficas, religiosas e científicas daqueles que se debruçam atualmente nos estudos desta natureza.¹⁵

No contexto da saúde, a vinculação entre espiritualidade e religiosidade pode resultar em severos problemas éticos, caso os profissionais não estejam atentos quanto aos limites da utilização do recurso da fé como conduta para construção de um vínculo terapêutico junto ao paciente e família. Este fato é relevante, uma vez que a qualidade das relações é o elemento essencial para um cuidado efetivo e, conforme observado neste estudo, o sistema de crença tem influência direta no processo de construção do vínculo de cuidado e qualquer interferência negativa nas relações interpessoais que provoque limitação ou impossibilidade do contato, pode ser considerado um grave problema assistencial.¹⁹⁻²⁰

A importância deste dado para o cuidado em unidades críticas é significativa uma vez que

a vida religiosa tende a direcionar ações regradas pelo simbolismo religioso, cujas características elementares são as expressões (cerimoniais e/ou rituais) pautadas em regras específicas decorrentes do conjunto de experiências oriundas dos mais diversos traços culturais da humanidade.²¹

Neste sentido, crenças religiosas e práticas ritualísticas são os mecanismos mais comuns que as pessoas se valem nos momentos de doenças e quanto maior a gravidade, mais se intensifica a ligação religiosa e a tomada de decisão sobre o direcionamento do tratamento, é influenciada pelo contexto religioso ao qual o paciente está inserido.²²⁻²³

O estímulo em crenças cujas variáveis estão muito aquém do conhecimento humano, colocaria em risco a ética e estética do cuidar em saúde.²⁴ Contudo, dada a emergência em atender também as necessidades espirituais dos pacientes, a enfermagem deveria direcionar seus esforços para o desenvolvimento de atitudes de cuidado pautados no sentido mais espiritual que religioso. Certa cautela em lidar com temas religiosos deve ser tomada, pois sobrepor, arbitrariamente, uma crença como mediadora da prática do cuidado incorreria em danos éticos irreparáveis ao profissional.

Enquanto atitude frente aos desafios da vida, a fé diz respeito à capacidade de imaginar, de formular novas perguntas para construção de novos sentidos para a vida.²⁵ Conforme evidenciado na subcategoria Crença em uma força/poder superior, pôde-se observar que o envolvimento da fé nas relações de cuidado para os profissionais estão atrelados a movimentos de incursões silenciosas na tentativa de compreender e buscar um sentido mais amplo para vida, afastados da vida religiosa e próximos a uma idéia amplificada de conectividade com todas as coisas.¹⁸

É possível observar determinada preferência no uso de 'força' ou 'poder superior' pelas correntes filosóficas espiritualistas, uma vez que, para muitos filósofos, definir Deus seria reduzi-lo à condição humana. Este fato não significa que exista negação da existência de uma inteligência superior à humana como responsável pela organização do universo, uma vez que a filosofia clássica se ampara nos valores energéticos de construção e manutenção da organização do universo e em temas relacionados ao sentido da vida e da morte. A concepção nightingaleana de Deus, por exemplo, se assimila muito a esta estrutura categórica, uma vez que a matriarca da enfermagem moderna utilizava o pronome masculino para se

referir a Deus e o denominava *Mente Divina* ou *Espírito Universal*.²⁶

Outro tema emergente no estudo esteve relacionado à tendência do uso do termo *Bem-estar espiritual*, por alguns profissionais, no sentido de acessar conceitualmente uma dimensão menos palpável ou perceptível que o sentido puramente religioso oferece. Nesta mesma direção, o significado de espiritualidade enquanto atributo do espírito tangenciou um campo metafísico amplamente explorado na Teoria do Cuidado Transpessoal¹²⁻¹³, muito embora a elaboração dos relatos obtidos neste estudo não permitiu alavancar este importante campo de investigação. Talvez este fato se explique pela grande dificuldade no estabelecimento de conexões entre profissionais e pacientes capazes de produzir experiências espirituais no cuidado¹²⁻¹³.

De modo geral, um importante aspecto ético se fez agudo, quando situações de instabilidade clínica foram narradas pelos profissionais. Este fato refletiu a tenuidade das linhas que separam o discurso de estímulo ao paciente e à família a uma falsa ilusão religiosa. Pesquisadores experientes na área da religiosidade sugerem que o profissional se mantenha em alerta ao se referir a Deus ou outras divindades junto aos pacientes quando não existe a identificação prévia do sistema de crenças do paciente/família.²⁷

Do ponto de vista filosófico, tanto a espiritualidade quanto a bioética dialogam com a saúde. Contudo, o contato entre a bioética e a espiritualidade parece um movimento epistêmico, uma vez que a espiritualidade na saúde tem se apresentado mais nas convicções das pessoas que expressas nas relações humanas propriamente ditas e este fato tende a influenciar negativamente as relações de cuidado.²⁷

De certo modo, a categoria, *Entre o vínculo e o conflito*: a influência de valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo expressou a dificuldade dos profissionais em lidar com seus próprios sentimentos e valores na medida em que vínculos são criados junto a alguns pacientes. Deste modo pode-se compreender que, independente da vertente religiosa, a espiritualidade é componente central da condição humana.²⁸

CONCLUSÃO

Foi possível identificar que, para a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos pesquisada, a dimensão espiritual possui ao

menos quatro significados distintos: Fé e crença religiosa, Crença em uma força/poder superior, Bem-estar espiritual e Atributo do espírito. Observa-se que esta multiplicidade de significados fez relação direta com o cuidado prestado ao paciente e família e são preditivos das condições emocionais dos próprios profissionais, pois interferem diretamente nas relações de empatia e em suas questões existenciais. Os valores de espiritualidade pouco apareceram nos discursos dos profissionais. Foram detectadas as influências de valores religiosos e valores bioéticos no processo de cuidar do paciente grave. Estes valores têm, em sua maioria, gerado ambíguas situações de vínculo e conflito na atenção à saúde, uma vez que o profissional se sente inseguro quando lida com pacientes de religiões divergentes à dele. Os valores de bioética estiveram pautados na relação de não-maleficência.

Quanto às implicações para a enfermagem, pode-se inferir que instituir a fé e a esperança como mecanismos de compreensão multidimensional do ser humano se torna imprescindível para a compreensão do processo de recuperação da saúde e enfrentamento saudável das doenças. Este estudo apresentou limitações no que diz respeito a escassez de dados empíricos da enfermagem brasileira, que oferecessem comparação com as categorias encontradas. Para estudos futuros é absolutamente recomendado que haja cruzamento entre as percepções dos profissionais e dos pacientes acerca dos significados de espiritualidade a fim de que novos elementos possam emergir e lançar novas perspectivas investigativas.

REFERÊNCIAS

1. Penha RM. A expressão da dimensão espiritual no cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
2. Barnard A. A critical review of the belief that technology is a neutral object and nurses are its master. *J Adv Nurs* 1997 Jul; 26(1):126-31.
3. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS: Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2003 Ago; 37(4):446-53.
4. Pessut B, Sawatsky R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nurs Inq*. 2006; 13(2):127-34.
5. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* 2006 Dez; 15(7):852-62.

6. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. *Southern Med J*. 2005; 98(12):1235-6.
7. Verhaeghe S, Defloor T, Zuu Ren FV, Duijnste M, Grypbon CK. The needs and experiences of family of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005; 14(4):501-9.
8. Robinson MR, Thiel MM, Backus MM, Meyer EC. Matters of spirituality at the end-of-life in the pediatric intensive care unit. *Pediatric*. 2006; 118(3):719-29.
9. Meert KL, Thurston CS, Briller SH. The spiritual needs of parents at the time of their child's death in the pediatric intensive care unit and during bereavement: a qualitative study. *Pediatr Crit Care*. 2005; 6(4):420-7.
10. Dezorzi LW, Crossetti. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 Mar-Abr; 16(2):212-7.
11. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder (CO): Colorado Associated University Press; 1985.
12. Watson J. *Nursing: human science and human care - a theory of nursing*. New York (NY): National League for Nursing; 1988.
13. Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde*. São Paulo (SP): Loyola; 2008.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 2009.
15. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *J Adv Nurs*. 1998 Feb; 27(2):294-303.
16. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2002 Jun; 38(5):479-88.
17. Ramos FRS, Nietschke RG, Borges LM. Bioethics in present time contingencies - critique as a destination? *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez 18(4):788-96.
18. Vauches A. *A espiritualidade na idade média ocidental: séculos VIII a XIII*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1995.
19. Durkheim E. *The elementary forms of religious life*. New York (NY): The Free Press; 1995.
20. Koenig H. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Abr; 13(4):213-24.
21. Kendrick K, Robinson S. Spirituality: its relevance and purpose for clinical nursing in a new millennium. *J Clin Nurs*. 2000 Set; 9(5):701-5.
22. Spoto D. *Em silêncio por que rezamos*. Rio de Janeiro(RJ): Objetiva; 2005.
23. Macrae JA. *Nursing as a spiritual practice: a contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York (NY): Springer; 2001.
24. Carneiro AD, Costa SFG, Pequeno MJP. Spreading ethical values in teaching nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez 18(4):722-30.
25. Penha RM, Silva MJP. From sensitive to intelligible: new communicational ways in healthcare whit the study of quantum theory. *Rev Esc Enferm USP* 2009 Mar; 43(1):208-14.