

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**RAMON MORAES PENHA**

A Expressão da Dimensão Espiritual no Cuidado de Enfermagem  
em UTI

**SÃO PAULO  
2008**

**RAMON MORAES PENHA**

**A Expressão da Dimensão Espiritual no Cuidado de Enfermagem  
em UTI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

**Orientadora: Profa.Dra. Maria Júlia Paes da Silva**

**SÃO PAULO  
2008**

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Penha, Ramon Moraes.

A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em UTI. /Ramon Moraes Penha. – São Paulo, 2008.

176 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva.

1. Enfermagem em cuidados intensivos 2. Comunicação interpessoal 3. Cuidados de enfermagem (aspectos espirituais) 4. Religião (psicologia) I. Título.

Nome: *Ramon Moraes Penha*

Título: *A Expressão da Dimensão Espiritual no Cuidado de Enfermagem em UTI*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **Banca Examinadora**

Profa Dra Miako Kimura

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof Dr. Léo Pessini

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho àqueles que buscam re-significar o conceito de realidade, subjetividade, de Espiritualidade. Dedico aos insatisfeitos. Àqueles que tem relutado em aceitar um Cuidado que não tem provocado a inteligência, a criatividade e dado satisfação à vida. Um Cuidado que tem sido motivo de penas e tristezas profundas. Dedico este trabalho aos que acreditam que existe um sentido mais amplo e mais Fraternal para as Atitudes Cuidativas. Por Fim, compartilho esta singela expressão de uma parte do meu aprendizado com os curiosos que desejam espiar, assim como eu, pelas frestas da Eternidade.*

## AGRADECIMENTOS

*À Mãe Edna. Obrigado por ter aceito ser o veículo biológico para manifestação de minha existência. Agradeço pela influência pedagógica, pelo exemplo de alegria e dedicação pela vida. Sou-lhe grato Mãe, por teu Amor Incondicional, pelo exemplo de dedicação a uma causa e pelas inúmeras vezes em que sentou a meu lado e conversou sobre a vida;*

*Às irmãs Flávia e Rafaela pelo companheirismo e por compreenderem os momentos de ausência. Flá, como sempre as palavras aqui são desnecessárias para expressar minha gratidão. Obrigado por acreditar;*

*Bianca sobrinha querida, obrigado pelo sorrisinho meigo, pelo olhar cativante e sereno que tem me permitido refletir ainda mais sobre a beleza da vida;*

*À profa Dra Miako Kimura que desde o começo acreditou e incentivou este trabalho. Obrigado pelo exemplo profissional e pelo marejar de olhos ao pensar a espiritualidade no cuidado em saúde;*

*Ao Prof Dr Léo Pessini pelas contribuições simplesmente fundamentais para a edificação deste trabalho;*

*Profa Dra Kazuko Graciano, cuja figura de dedicação, empenho e simplicidade elaboraram em minha intimidade a figura notória de quem constrói uma Enfermagem melhor e pela maestria com que tem conduzido nosso programa de Pós-Graduação;*

*Aos Professores do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo acolhimento e convívio quase diário, em especial à Profa Dra Vera Golvea Santos, pela parceria em pesquisa;*

*Ao Prof Dr Alexander Moreira-Almeida pelos encontros sempre fraternos de trocas e aprendizados;*

*Ao Prof Dr. Franklin Santana Santos pelo estímulo constante e capacidade de emocionar-se com as relações de Cuidado em Saúde;*

*Ao Prof Dr Eymard Mourão Vasconcelos, pelo re-encontro existencial. És um bandeirante na educação popular e espiritual da nossa gente;*

*A Enfermeira Flávia, chefe da UTI do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo pelo apoio, incentivo e por abrir o setor para coleta dos dados;*

*Aos Participantes deste estudo. Muito obrigado por compartilhar conosco seus pensamentos sobre a Espiritualidade. São desbravadores;*

*A amiga Márcia Alvarenga, Vânia e Thiago pela amizade incondicional. Marcinha, agradeço à Inteligência Suprema por tê-la colocado em meu caminho. Você me ensinou os princípios do Cuidar e tem reforçado em minha intimidade os princípios do Amor;*

*Aos amigos Gustavo e Dani pela companhia fraterna e pelos ideais que nos une;*

*Ana Rosa, Sr. Francisco e Lisa pelo acolhimento fraterno de minha família em seu lar e em seus corações. Os momentos teriam sido demasiado amargos se não fosse a doçura dos vossos sorrisos;*

*À grande amiga Fabiana Pèrez Rodrigues. Fá, obrigado pela sua incondicional amizade. Você foi nossa alegria nos momentos dolorosos;*

*À equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Evangélico de Dourados/MS, pelos cuidados prestados à nossa família, em especial pelo acesso irrestrito à unidade e às informações;*

*Aos médicos Luiz Eduardo, Karlson, João Altivo, Fernando, Majid e Delane. Obrigado pela dedicação e honestidade com que nos atenderam nos momentos críticos, bem como pela abertura em conversar sobre Espiritualidade. Estou certo de que o aprendizado foi mútuo;*

*Ao Grupo Caminheiros em Busca da Paz, de Presidente Prudente, pelo acolhimento mensal e pelo exemplo de dedicação. Amigos queridos, que a sublimidade da existência resida sempre em nossos corações e elevem nossos pensamentos;*

*À Marlete e ao Lucas. Obrigado caminheiros pela parceria fraterna e pela oportunidade em compartilhar momentos de sublime aprendizado. Má, sua alegria pela vida sempre irradiará no meu coração, teus exemplos e melodias ecoarão em minha intimidade como timo que conduz o jovem navegador nas águas escuras do além-mar;*

*Ao amigo e mestre Carlos, cujas palavras são sempre um convite ao despertar para realidade espiritual que somos;*

*Aos colegas do Grupo de Comunicação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Obrigado por compartilharem suas idéias, projetos e sonhos;*

*Às amigas Cristiane, Sandra, Márcia, Maira e Sammya pelo interesse e companheirismo na temática da Espiritualidade em Saúde. Agradeço pelas boas vibrações;*

*Fernanda Amêndola, amiga meiga cujo sorriso e simplicidade invadem nossa alma e alegam a existência;*

*Karine Leão, pela dedicação discente que nos faz refletir sobre o verdadeiro sentido da Pós-Graduação. Obrigado por mostrar os "caminhos das pedras";*

*Amiga Marina, agradeço pela parceria nas representações discentes na Pós-Graduação. És uma pessoa Transparente e Ética, esteja certa disto;*

*A Monica Trovo, amiga e companheira de trabalho. Obrigado pelo socorro e compreensão nos momentos de ausência profissional, pelas produtivas conversas acerca do sentido de ensinar em Enfermagem;*

*A grande amiga Melina por dividir as sutis "angústias acadêmicas" e por diversas vezes me safar da nefasta alienação paulistano;*

*Aos colegas de mestrado, em especial a Lenita pela manifestação da alegria em pessoa. Obrigado "Lenitita" pelas conversas longas e proveitosas sobre a Morte e o Morrer. Precisamos pesquisar juntos ainda...;*

*Ao time da secretaria da Pós-Graduação: Silvana, Tieko e Daysi pela dedicação a este programa de Pós-Graduação. Sem vocês...estaríamos perdidos;*

*À querida Dorinha, pela confiança e "liberação geral" da portaria (riso);*

*Ao time da portaria por compreenderem nossa necessidade de chegar, muitas vezes, antes das 6:00 e sair depois das 23:00. Obrigado pelo Acesso;*

*Ao time da Biblioteca, do setor de Informática e da Cozinha. Obrigado pelo apoio, pelo sorriso e pelas longas horas de conversas e desabafos.*

*Ao Comitê de Ética do Hospital Universitário da USP pela prontidão e agilidade record em analisar o projeto de pesquisa, aprovando-o em primeira instância.*

*À CAPES, pelo financiamento deste estudo.*



## AGRADECIMENTO ESPECIAL I

*In Memoriam*

Agradeço em especial ao meu Pai, Francisco Antonio Penha. Obrigado pelas inúmeras oportunidades de aprendizado e conquistas. Nos momentos derradeiros de mais uma existência corporificada, pôde nos ensinar que mesmo diante dos maiores conflitos existenciais, a certeza de uma dimensão imaterial pode ser o caminho para uma transcendência mais serena e menos dolorosa.

Ao voltar as páginas do livro da História da Vida, sempre me virá à lembrança a figura deste homem, cuja alegria era sua característica. Não foi uma jornada fácil meu Pai, mas foi um caminho trilhado com Dedicção, Respeito, Esforço e Amor. Obrigado pela figura de homem, pelo exemplo de Dignidade, pois teve a coragem de expressar suas dificuldades nos sinalizando quais as pedras menos pontiagudas devemos pisar na travessia do rio da vida. Pai querido, havia ainda tanto a ser dito, a ser falado, expresso pelos gestos sublimes do amor... Mas estamos certos de que o silêncio maravilhoso da vida se encarregará de levar a Ti nossas melhores vibrações de afeto.

**Esteja Feliz.**

## AGRADECIMENTO ESPECIAL II

Findava Julho de 2002. Fez muito frio aquele ano. Eu estava no terceiro ano da graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sonhando, como todo aluno. Longe de São Paulo, pelo menos oitocentos quilômetros.

Ganhei um texto. Lí. O texto tinha autoria da Maria Júlia. Guardei este nome dentro do meu coração, afinal, cabeça de graduando guarda aquilo que os professores falam. Maria Júlia não fala para pessoas. Fala para corações que, conscientemente ou não, cuidarão de outras pessoas. Era um texto, coisa pouca, uma boa dúzia de páginas xerocadas e falava sobre Humanização em UTI. Lendo as entrelinhas, percebi que havia algo mais; algo que se desvendava para além de humanizar. Isto muito me provocou. Desde então desejei o momento de encontrar com Maria Júlia, para compartilhar alguns sonhos. Penso logo existo! A vida me deu esta oportunidade. Mandeí um e-mail, marcamos um local e data. Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Meados de Julho de 2005. Um encontro, duas pessoas, uma vontade: discutir Espiritualidade no Cuidado em Enfermagem. Desde lá muito mais que uma parceria. Muitas lições.

Júlia, estas linhas dizem um pouco do que você já sabe, mas quero lhe agradecer pelo papel que tens em minha existência. Agradeço à Regência Suprema do Universo por permitir este belo reencontro e por nossos desejos, que a miúdo, têm se concretizado. Obrigado Maria Júlia, pelas horas de conversas, pelos profundos e silenciosos diálogos, pelos olhares direcionadores e pelos sonhos compartilhados. Pelas vezes que a encontrei em minhas lágrimas, nos momentos mais difíceis desta existência, teu sorriso, sempre amável, me convidava novamente à vida, e ao trabalho, claro. Principalmente, agradeço-lhe pela poética proxêmica do teu abraço, sempre confortador.

E se nós compreendermos que este é o trabalho sagrado [o Cuidar].  
E é sagrado, porque estamos trabalhando com a força existencial de outra  
pessoa, tanto quanto a nossa, numa mesma jornada.

E se pararmos para dar-nos conta de que talvez, este momento único,  
com as pessoas, é a verdadeira razão de estarmos aqui na terra?

O profissional de saúde hoje tem se esforçado para regressar à verdadeira  
profundidade humana, e nós sabemos que quando estamos conectados com  
outra pessoa neste caminho profundo, mesmo que por um breve um momento  
no tempo, nós temos muito mais propósito em nossa vida e em nosso  
trabalho, e nós sabemos que quando isto falta, existe um inútil vazio, e  
ficamos desesperados. E nós também sabemos que a mesma coisa acontece  
com os pacientes.

Quando nós os mantemos em sua integralidade, nós estamos mantendo a  
saúde para eles, e estamos ajudando a mantê-los quando estão mais  
vulneráveis. E quando nós sustentamos outra pessoa, sustentamos também a  
nós mesmos. Este trabalho é uma prática Espiritual. Quando nós tocamos  
fisicamente outra pessoa, nós estamos tocando muito mais do que seu  
corpo, estamos tocando sua mente, seu coração, sua verdadeira alma.

E quando olhamos para face de uma pessoa, olhamos para dentro do infinito  
e do mistério da alma humana. E quando olhamos para o infinito e para o  
mistério da alma humana, isto reflete o infinito e o mistério de nossa alma, e  
é isto que nos conecta com este infinito campo do Amor Universal, que nós  
fazemos uso em nosso cuidar e nas práticas em saúde.

Jean Watson

Penha RM. A expressão da Dimensão Espiritual no cuidado de enfermagem em Unidade de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos identificar o significado da dimensão espiritual no cuidado para a equipe de Enfermagem da UTI, verificar os meios pelos quais a equipe identifica a dimensão espiritual do cuidado, verificar se existe relação, na percepção dos profissionais de Enfermagem, entre a expressão da comunicação interpessoal e a identificação das necessidades espirituais dos pacientes e verificar se os valores de espiritualidade interferem no processo de cuidar. Foram adotados como referenciais a Teoria do Cuidado Transpessoal e os fundamentos da Comunicação Interpessoal. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório e a coleta de dados se deu a partir de entrevista semi-estruturada, com trinta e quatro profissionais da equipe de Enfermagem de um hospital público de grande porte do município de São Paulo. A análise de conteúdo e a observação de sinais não-verbais foram os referenciais metodológicos utilizados para o tratamento dos dados. Após seguir os passos preconizados pelo método adotado para análise dos discursos, emergiram as seguintes categorias de análise: *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*. A segunda categoria foi nomeada: *formas de percepção das necessidades espirituais e necessidades religiosas dos pacientes*, dividida nas subcategorias: *o verbal; o não-verbal; a família e o Histórico de Enfermagem*. Uma terceira categoria pôde ser identificada no sentido de expressar *a relação entre a comunicação interpessoal e a identificação das necessidades espirituais*, cujas subcategorias pertencentes são: *relação mecanicista; relação verbal e a relação não-verbal*. Por fim, a última categoria emergente foi denominada: *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*. Este estudo concluiu que a multiplicidade de significados fez relação direta com o cuidado prestado ao paciente e são preditivos das condições emocionais dos próprios funcionários, por interferirem nas relações de empatia e em suas questões existenciais. Evidenciou ainda a influência do significado religioso no acesso à dimensão espiritual dos pacientes. Também demonstrou que o mecanicismo cotidiano e as relações verbais podem influenciar negativamente na identificação das necessidades espirituais dos pacientes e que os profissionais pouco ou nada conheciam sobre a influência das expressões não-verbais no acesso à dimensão espiritual dos pacientes. Os valores de espiritualidade pouco apareceram nos discursos dos profissionais, sendo detectadas a influência de valores religiosos e bioéticos, onde estes foram geradores de situações ambíguas de vínculo e conflito. Por fim, o estudo concluiu que a Teoria do Cuidado Transpessoal associada aos pressupostos da comunicação não-verbal aparenta ser um importante veículo orientador para a prática espiritual na Enfermagem.

**Palavras-Chave:** Dimensão Espiritual, Comunicação Interpessoal, Cuidado Transpessoal, Unidade de Terapia Intensiva

Penha RM. The expression of Spiritual Dimension on nursing care in Intensive Care Unit [thesis]. São Paulo, Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2008.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the significance of Spiritual Dimension in caring for Intensive Care Unit Nursing staff, check the means by which nursing staff identifies the Spiritual Dimension of care, verify if there is relationship on the perception of professional nursing, between expression of interpersonal communication and identifying the spiritual needs of patients, and verify if the values of spirituality interfere in caring process. Was adopted as references the Transpersonal Care Theory, by Watson, and the foundations of Interpersonal Communication. This was a descriptive- exploratory study, and collecting data occurred by half-structured interviews among thirty-four ICU nursing professionals of a large public hospital from São Paulo city, Brazil. The content analysis and observation of non-verbal signals were the reference methodology used for speeches treatment. Following the steps recommended by the methods adopted for analysis of speeches, emerged the following categories of analysis: *Spiritual Dimension and their meanings*, made by subcategories: *Faith and religion, belief in a Force/Higher Power; Spiritual Well-being and Spirit's attribute*. The second category was nominated: *Forms of perception of spiritual and religious patients needs*, divided into subcategories: *the verbal and the non-verbal, the family and Historical of Nursing*. A third category could be identified in order to express the *relationship between interpersonal communication and the identification fo spiritual needs*, which are owned subcategories: *mechanistic relationship; verbal and non-verbal relationship*. Finally, the last category was denominated: *between the bond and conflict: the influence of values in caring to critical patient*, subdivided into: *the religious values and bioethical values*. This study found that multiplicity of meanings has direct influence on care provided to patients and are predictive on nursing emotional conditions for interfering in empathy relations in their existential issues. also evidenced, the influence of religious is significance in patients spiritual dimension access. also it showed that mechanismism and verbal relationships may adversely affect the identification of patients spiritual needs and the professionals little or nothing knew about the influence of non-verbal expressions in access to patients spiritual dimension. The values of spirituality little appeared in professionals speeches, and was detected the influence of religious and bioethical values, where they were generators of ambiguous situations of bond and conflict. Finally, the study concluded that Transpersonal Care Theory associated with the assumptions of non-verbal communication appears like an important guide spiritual practice in nursing.

**Keywords:** Spiritual Dimension, Interpersonal Communication, Transpersonal Care, Intensive Care Unit.

Penha RM. La expresión de la Dimensión Espiritual en el cuidado de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva [Maestría]. Sao Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, 2008.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos identificar el significado de la dimensión espiritual en el cuidado para el equipo de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, verificar los medios a través de los cuales el equipo identifica la dimensión espiritual del cuidado, verificar si existe relación en la percepción de los profesionales de enfermería, entre la expresión de la comunicación interpersonal y la identificación de las necesidades espirituales de los pacientes y verificar si los valores de espiritualidad interfieren en el proceso de cuidar. Fueron adoptados como referencias la Teoría del Cuidado Transpersonal e los fundamentos de la Comunicación Interpersonal. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio y la recogida de los datos fue a través de entrevista semi-estructurada, con treinta y cuatro profesionales del equipo de enfermería de un hospital público de grande porte del municipio de Sao Paulo. El análisis de contenido y la observación de señales no verbales fueron los referenciales metodológicos utilizados para el análisis de los discursos. Después de seguir los pasos propuestos por el método adoptado, surgieron las siguientes categorías: fe y creencia religiosa, creencia en una fuerza/poder superior, bien-estar espiritual y atributo del espíritu. La segunda categoría fue nominada: formas de percepción de las necesidades espirituales e religiosas de los pacientes, dividida en las subcategorías: lo verbal. Lo no-verbal, la familia y el histórico de enfermería. Una tercera categoría pudo ser identificada, expresando la relación no-verbal. La última categoría fue nominada: entre el vínculo y el conflicto: la influencia de los valores en el cuidado al paciente gravemente enfermo, subdividida en: los valores religiosos y los valores bioéticos. Este estudio concluye que la multiplicidad de los significados tuvo relación directa con el cuidado realizado al cliente y es predictiva de las condiciones emocionales de los propios funcionarios, por interferir en las relaciones de empatía y en asuntos existenciales. También se observó la influencia del significado religioso en el acceso a la dimensión espiritual de los pacientes. Además, se mostró que el mecanismo cotidiano y las relaciones verbales pueden influir negativamente en la identificación de las necesidades espirituales de los pacientes y que los profesionales poco o nada conocían sobre la influencia de las expresiones no-verbales en el acceso a la dimensión espiritual de los pacientes. Los valores de la espiritualidad aparecieron poco en los discursos de los profesionales, siendo detectada la influencia de los valores religiosos y bioéticos, en los cuales estos generaron situaciones ambiguas de vínculo y conflicto. El estudio permite concluir que la Teoría del Cuidado Transpersonal asociada a los presupuestos de la comunicación no-verbal aparenta ser un importante vehículo orientador para la práctica espiritual en la enfermería.

**Palabras-clave:** Dimensión espiritual, Comunicación Interpersonal, Cuidado Transpersonal, Unidad de Terapia Intensiva.

# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Introdução</b> .....  | 17 |
| 1.1 Os caminhos da Vida.....  | 18 |
| 1.2 A Unidade de Terapia Intensiva.....   | 23 |
| 1.2.1 Contexto Histórico.....   | 23 |
| 1.2.2 Aspectos Tecnológicos.....  | 26 |
| 1.2.3 Aspectos Humanísticos.....  | 31 |
| 1.3 A Espiritualidade.....  | 35 |
| 1.3.1 Considerações Históricas.....   | 35 |
| 1.3.2 Aspectos Conceituais.....   | 38 |
| 1.3.3 A Espiritualidade na Saúde.....   | 45 |
| 1.3.4 A Espiritualidade na Unidade de Terapia Intensiva.....                                  | 50 |
| 1.3.5 A Enfermagem e a Espiritualidade.....   | 54 |
| 1.4 O Cuidado Transpessoal: a Espiritualidade sob a ótica de uma<br>teoria de Enfermagem..... | 65 |
| 1.5 A Comunicação Interpessoal: a ponte entre Cuidado e<br>Espiritualidade.....               | 77 |
| <b>2. Objetivos</b> .....   | 82 |
| <b>3. Aspectos Metodológicos</b> .....  | 85 |
| 3.1 Tipo de Estudo.....   | 85 |
| 3.2 Local do Estudo.....  | 85 |
| 3.3 População do Estudo e Critério de Inclusão.....   | 85 |
| 3.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....   | 85 |
| 3.5 Tratamento dos Dados.....   | 86 |
| <b>4. Apresentação e Análise dos Dados</b> .....  | 91 |
| 4.1 Características da População do Estudo.....   | 92 |
| 4.2 Categorias de Análise e Discussão.....  | 94 |
| 4.2.1 A Dimensão Espiritual e seus significados.....  | 97 |

|  |            |
|--|------------|
| I) Fé e Crença Religiosa.....  | 100        |
| II) Crença em uma Força/Poder Superior.....  | 108        |
| III) Bem-estar Espiritual.....   | 110        |
| IV) Atributo do Espírito.....  | 112        |
| 4.2.2 Formas de percepção das necessidades espirituais e religiosas dos pacientes:.....                    | 114        |
| I) O Verbal.....   | 116        |
| II) O Não-Verbal.....  | 118        |
| III) A Família.....  | 124        |
| IV) O Histórico de Enfermagem.....   | 126        |
| 4.2.3 A Relação entre a Comunicação Interpessoal e a Identificação das Necessidades Espirituais:.....      | 128        |
| I) A Relação Mecanicista.....  | 129        |
| II) A Relação Verbal.....  | 133        |
| III) A Relação Não-Verbal.....   | 136        |
| 4.2.4 Entre o Vínculo e o Conflito: a Influência de Valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo..... | 144        |
| I) Os Valores Religiosos.....  | 145        |
| II) Os Valores Bioéticos.....  | 151        |
| <b>5. Conclusões e Considerações Finais.....</b>   | <b>155</b> |
| <b>6. Referências.....</b>   | <b>160</b> |
| <b>Apêndices.....</b>  | <b>172</b> |
| I-TCLE.....  | 173        |
| II- Instrumento de Coleta de Dados.....  | 174        |
| <b>Anexo.....</b>  | <b>175</b> |
| I- Parecer do Comitê de Ética da instituição   |            |



## **1. Introdução**

*Espiritualidade é a consciência da existência de algo maior do que nós, de um Ser que criou este universo, criou a vida e a consciência de que somos uma autêntica, importante e significativa parte Dele e que podemos contribuir para a própria evolução.*

Elizabeth Kubler-Ross

## 1.1 Os caminhos da Vida

Nem sempre na vida as coisas ocorrem precedidas de explicações. Geralmente, e isto ocorre na maioria das vezes, compreendemos os fatos, se assim desejarmos, com o passar de algum tempo. Calma e reflexão são elementos necessários para estas revisões.

Desde muito cedo, temas como o sentido da vida, o mundo das idéias, a morte e o sofrimento humano, por alguma razão, me chamavam especial atenção. Nunca, confesso, possuí afinidade para números, apesar de apreciá-los também.

Comecei a vida acadêmica no curso de Ciências Biológicas. Com o passar do tempo, pouco mais de um semestre, descobri que gostava mais de gente. Conversava muito com o microscópio e com as plantas. Prestei vestibular para o curso de Enfermagem, na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, numa adorável cidade chamada Dourados. Passaram intensamente os anos de envolvimento, dedicação e aprendizado, muito aprendizado.

Meu interesse relacionado à existencialidade humana se intensificou, especialmente quando iniciei as atividades de estágio supervisionado na Unidade de Terapia Intensiva do hospital de referência do município. Sons, imagens, cheiros e sentimentos, os mais variados, adentravam pelos meus sentidos e permitiam com que eu pudesse me envolver cada vez mais com

aquilo que, por aquelas velhas razões nem sempre explicáveis, eu havia escolhido: o cuidar de pacientes agudo-graves.

Enquanto aluno, direcionava minhas atividades para o conhecimento e desenvolvimento de práticas assistenciais, procedimentos de média e alta complexidade, atenção farmacológica e aprimoramento tecnológico. Por vezes conversava com alguns colegas, especialmente quando assistíamos a óbitos, sobre o sentido da vida, da morte e o que aquele evento, o morrer, iria influenciar em nossas vidas. Percebia que precisávamos de eventos fortes para prestar atenção na beleza da vida.

Tão logo concluí a graduação e iniciei as atividades assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva, pude observar que a maioria dos profissionais do setor direcionava o atendimento ao paciente exclusivamente para necessidades percebidas através dos recursos tecnológicos, sejam eletrônicos ou laboratoriais. Tive ainda a oportunidade de transitar por três diferentes estados federativos onde, para minha surpresa, o cuidado e tratamento dispensado aos pacientes eram, em todos eles, exclusivamente tecnicista.

Destas observações e conversas informais à beira do leito com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e alguns psicólogos, constatei que o discurso sobre a morte era bastante divergente; contudo, a grande maioria cria na existência de uma dimensão extra física que permeia a vida dos seres humanos. Apesar desta crença, estes profissionais não reconheciam esta dimensão ao prestar o cuidado ou prescrever o tratamento.

Diariamente me deparava com situações cuja complexidade e agravamento do quadro clínico não se comparava com a angústia existencial dos pacientes e familiares. Cenas inesquecíveis de dor, não a dor física, por que esta os medicamentos amenizavam, mas a dor da espera, a dor da saudade, a dor da incerteza e a dor da incompreensão comunicacional. Pacientes, familiares e profissionais, envoltos pela nebulosidade dos mistérios da vida e da morte.

O silêncio, sempre arrebatador, à beira do leito era o que mais me chamava atenção. O som dos monitores, o olhar dos familiares fitando seus quistos, onde os pensamentos podiam ser plasmados: *“Será que ele pode me ouvir?”*, *“Posso tocá-lo?”*... . Por várias vezes presenciei funcionários, principalmente os da equipe de Enfermagem, olhando atentamente para os pacientes.

Frente a uma situação de morte provável, de quadros de angústias e lamentações, os profissionais se sentiam limitados para perceber a eficácia e, até mesmo, as necessidades de intervenções que transcendam o biológico, visto que, na maioria das vezes, o olhar estava limitado à esfera física do homem.

Após algum tempo na lida diária em Terapia Intensiva, decidi me debruçar ao estudo e exploração de algo que poderia dar mais sentido à vida das pessoas, sejam pacientes, familiares e profissionais. Pensei então em um termo chamado Espiritualidade. Para tal, carecia de ferramentas que possibilitassem um estudo bem direcionado. Procurei o mestrado. Lancei

algumas questões que nortearam minhas investigações e instigaram a curiosidade.

Dentre elas, posso compartilhar que me perguntei a respeito do que estamos cuidando em Unidades de Terapia Intensiva, visto que, na grande maioria das vezes, o paciente está inerte, verbalmente não responsivo. Qual seria o significado da transcendência do Ser para os cuidadores? Será que os valores de espiritualidade podem influenciar o modo de cuidar? Poderia a reflexão sobre dimensão espiritual interferir positivamente nos relacionamentos humanos em Terapia Intensiva?

Decorrido pouco mais de quinze meses do início do Mestrado, projeto qualificado, coleta de dados realizada, a vida faz um convite: *Vamos refletir mais profundamente sobre o que você tem escrito?*

Meu pai sofre um acidente automobilístico no dia 03 de Junho de 2007. Vinte e oito dias de internação em Unidade Intensiva. Mantivemos contato verbal por dois dias. Lembro-me das mãos levemente escoriadas afagando meus cabelos.

Da consciência ao coma, o aprendizado foi intenso. Nossos quistos sempre nos ensinam muito, em qualquer situação da vida. Durante este período, troquei algumas mensagens com Maria Júlia. Uma grande lição: *“Ramon, silencie, observe e aprenda.”*

Tive o privilégio de cuidar do meu pai na mesma Unidade de Terapia Intensiva em que comecei a trabalhar. Pude, graças à sensibilidade da equipe, participar ativamente da assistência a ele prestada, durante todo o tempo. Não

havia restrições de horários, dias ou rotinas do setor. Sou-lhes realmente grato. Isto permitiu um salto reflexivo sobre as questões que outrora havia eu levantado, bem como potencializaram as discussões estabelecidas neste singelo trabalho de pesquisa.

Conviver com familiares de outros pacientes, presenciar o sofrimento da equipe em relação às alterações do quadro clínico que meu pai passava (eles sempre torciam muito) observar o movimento existencial dos outros pacientes e da constante luta de meu pai para permanecer conosco até o momento em que decidiu seguir a vida em outro campo de manifestação, possibilitou a amplificação do modo com que eu percebia o cuidado ao paciente gravemente enfermo.

Ao partir para o invisível, meu pai ofereceu a mim e minha família mais algumas de suas sempre grandes lições. O estímulo, a vontade em explorar com afinco o campo da Espiritualidade, onde a vida se manifesta sempre com maior intensidade, se fundiu com o amadurecimento natural estabelecido a partir de um desafio proporcionado pela vida. Nunca estive tão a vontade para conversar abertamente sobre a transcendência humana.

Assim, indicar um motivo que justifique algum “porque” escolhi este tema, seria um grande equívoco. Aceitei, de coração, os convites que recebi. Quando a vida nos envia presentes, tenho aprendido que vale a pena aceitá-los, pois existe uma razão inteligente e mais nobre para o motivo pelo qual eles nos são destinados. Neste trabalho está expresso não apenas a construção de uma pesquisa, mas o movimento de um trecho de vida.

## 1.2 A Unidade de Terapia Intensiva

### 1.2.1 Contexto Histórico

Com o desenvolvimento da guerra da Criméia, onde Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia, as precárias condições de atendimento aos soldados feridos resultou em altos índices de mortalidade. Praticamente metade dos pacientes assistidos evoluíram para morte. Então, em 1854, uma jovem inglesa, Florence Nightingale, foi convocada pelo Secretário da Guerra, Sidney Herbert, para liderar 38 voluntárias ao atendimento dos feridos no Barrack Hospital, em Scutari, na Turquia<sup>(1)</sup>.

As péssimas condições de higiene, os inúmeros casos de cólera e tifo impulsionam Florence a solicitar uma Comissão Sanitária ao governo Britânico. Após a intervenção da referida comissão, os índices de mortalidade caíram abruptamente. Após exaustivas observações, Florence aponta a necessidade da separação dos doentes graves e, assim, é lançada a primeira idéia de espaço para assistência intensiva<sup>(1)</sup>.

A transformação destes “espaços” para Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), nasceu da necessidade em oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que, porventura, possuíam chances de sobreviver. É importante destacar que a Unidade de Terapia Intensiva surge da busca pela cura e não do cuidado *per se*.

Existe na literatura uma certa divergência no que diz respeito ao surgimento da primeira Unidade de Terapia Intensiva. Autores<sup>(2)</sup> datam o

surgimento entre 1953, a partir das alas observação do Hospital Municipal de Copenhagen. Outros<sup>(3)</sup> defendem sua criação 1962, a partir das Salas de Recuperação Pós-Anestésica onde, na cidade de Baltimore, teria sido estabelecida a primeira UTI cirúrgica.

Autores dinamarqueses<sup>(2)</sup>, após investigação documental, verificaram que a primeira publicação sobre cuidados intensivos data de 18 de setembro de 1958, que relata o resultado das observações de um paciente monitorado por vinte e quatro horas. Os registros expressam, principalmente, as alterações respiratórias e circulatórias durante todo o período de internação do paciente. Ainda neste contexto, com a epidemia de poliomielite que assolou a Europa neste período, a demanda pelas Unidades de Terapia aumentou consideravelmente para época, sendo que em 1953 havia um paciente sob cuidados intensivos, evoluindo para 13 em 1954, 34 em 1955, 91 em 1956 e 120 pacientes em 1957. O tempo de internação também é estendido, sendo a média de 2.1 dias em 1954 e 5.3 dias em 1957.

Desde então, o atendimento aos pacientes graves avança na medida em que o desenvolvimento tecnológico é aprimorado para suprir as necessidades fisiológicas dos pacientes. Expressão disto foi o desenvolvimento dos primeiros sistemas de respiração artificial, chamados “Pulmão de aço”, criado pelo professor Philip Drinker<sup>(4)</sup>.

Segundo Dávila<sup>(5)</sup>, no ano de 1968, a Organização Pan-Americana de Saúde desenvolveu um projeto em seis hospitais universitários da América Latina com vistas à implantação de Unidades de Terapia Intensiva. As



instituições de ensino selecionadas estavam localizadas no Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguay e Venezuela. O objetivo principal do projeto foi a instalação de Cuidados Progressivos ao Paciente. Segundo o mesmo autor<sup>(5)</sup> este sistema de cuidado era composto pelos hospitais e serviços adjacentes que pretendiam atender as necessidades de saúde dos pacientes com base em cuidados médicos e de Enfermagem, oferecidos nos mais variados níveis e situações.

A partir a análise dos relatórios enviados pelos países, deu-se início à organização estrutural destes sistemas em Unidades de Terapia, cuja divisão primária foi proposta em três níveis, sendo a primeira seria Cuidados Intensivos, seguida da Unidade de Cuidado Intermediário e, finalmente, Unidade de Cuidados Mínimos. Através das constantes reuniões e discussões subsidiadas pela Organização Pan-Americana de Saúde, foram também criados os Critérios Clínicos para Admissão e Alta, as Diretrizes dos Cuidados Médicos e de Enfermagem, os Critérios Funcionais e Arquitetônicos destas unidades, Equipamentos Especiais e Instalações , o Relacionamento entre a Unidade de Terapia Intensiva e outros Serviços e Departamentos do Hospital, entre outros<sup>(5)</sup>. Boa parte destas diretrizes permanecem até hoje na estrutura organizacional das Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras<sup>(6)</sup>.

O serviço de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva estava relacionado aos altos níveis de competência técnica para manter o paciente sob observação e tratamento durante 24 horas nos 365 dias por ano. Como premissa, os Enfermeiros deveriam possuir conhecimento e experiência em

lidar com situações de alta complexidade e aparelhagem especializada. Também entrava em seu rol de atividades a formulação de normas e rotinas específicas e treinamento de auxiliares de atendimento<sup>(5)</sup> .

Atualmente, nas unidades de suporte avançado a vida, como Unidades de Terapia Intensiva, o universo patológico ganha destaque, associado aos instrumentos tecnologicamente avançados, que exigem para um adequado manejo, competência técnica de alto nível. Esta complexa estrutura que compõe este setor é prioritária para prestação dos cuidado<sup>(7-15)</sup> .

O Brasil conta hoje<sup>a</sup> com 22.038 leitos em Unidades de Terapia Intensiva, e com uma política de saúde que visa o credenciamento de novos leitos associado ao estabelecimento de uma melhor qualificação da assistência, baseada em seus aspectos humanos, tecnológicos e tecno-organizacionais.

### **1.2.2 Aspectos Tecnológicos**

O desenvolvimento tecnológico nas ciências da saúde promove revoluções nas significações dos processos de saúde-doença tanto para os indivíduos doentes quanto para técnicos em saúde. Cada vez mais, os profissionais têm sido levados a aprofundar os conhecimentos na medida em que o avanço tecnológico exige a criação de protocolos, o que edifica uma assistência configurada , [...] *acima de tudo, a expressão de um cuidado médico-assistencial tecnicamente competente [...]* <sup>(9)</sup> .

---

<sup>a</sup> Dados visualizados em 17/02/2008 em [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=17568](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=17568)

Segundo Nunes<sup>(8)</sup>, a tomada de decisão, a especialização da equipe, o manejo dos equipamentos, a construção de competências e habilidades técnicas para a atenção aos pacientes graves recuperáveis, são o centro da funcionalidade de uma Unidade de Terapia Intensiva.

O desenvolvimento de sistemas informatizados de predição de mortalidade, como o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), o Simplified Acute Physiology Score (SAPS), o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), dentre outros, caracterizam a demanda da necessidade de rápidas avaliações das variáveis sistêmicas, tais como comorbidades, diagnóstico de base, anormalidades fisiológicas, idade, entre outros parâmetros<sup>(16-17)</sup>.

Pesquisadores Americanos<sup>(18)</sup>, em recente estudo de revisão, identificaram que a tecnologia, em especial no que diz respeito ao uso de novas e mais potentes drogas, tem demandado um alto custo tanto para pacientes quanto para os cofres públicos. Segundo os autores<sup>(18)</sup>, conforme as estatísticas americanas do ano de 2004, houve um aumento de 7,9% em relação ao ano anterior nos gastos com cuidados em saúde, o que em números melhor quantificados, corresponde a \$1,9 trilhões/ano ou 16% da renda bruta doméstica, sendo que aproximadamente 1% destes são gastos na manutenção e aprimoramento dos cuidados intensivos.

Neste sentido, a discussão proposta pelos autores<sup>(18)</sup> aborda a racionalização do uso de intervenções terapêuticas mediante a incerteza da evolução positiva do quadro clínico dos pacientes, em especial nos critérios de

empreendimento de medicações de alto custo. O estudo conclui que a utilização da tecnologia de ponta para uso intensivo tende a ser repensada para as próximas décadas e a ordem será a racionalização dos recursos para casos absolutamente necessário. Os pesquisadores<sup>(18)</sup> sugerem ainda que os dilemas éticos em relação ao investimento dos recursos serão o grande desafio dos profissionais de saúde, em especial no setor de cuidados críticos.

A necessidade da tecnologia para correspondência das expectativas de vida do mundo moderno é indubitável. Entretanto, o detrimento das características humanizadoras nas UTIs é fato incontestável, uma vez que o foco da atenção está direcionado aos procedimentos e ao manejo de aparelhos cada vez mais precisos e de complexidade operacional inestimável, resultando em uma assistência reduzida, muitas vezes, à alguns “bocados” de botões e volumes medicamentosos.

Pessini<sup>(19)</sup> adverte que *os efeitos da tecnociência são notórios e abundantemente proclamados pela mídia, e até mesmo endeusados. Deparamo-nos diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e sem ternura humana.*

O modo reducionista de pensar a assistência descaracteriza o elemento da equipe de Enfermagem que amplia cada vez mais a distância entre si e o outro e aproxima-se de modo pouco cauteloso dos recursos tecnológicos.

Pressupondo o avanço tecnológico como potencial ameaça para os componentes do processo de cuidar humanizado, Wilkin e Slevin<sup>(20)</sup>, através de

estudo qualitativo de cunho fenomenológico, investigaram o significado do cuidar para 46 enfermeiras com no mínimo um ano de experiência em UTI.

Para coleta de dados, utilizaram instrumento de entrevista semi-estruturado, com a pergunta norteadora: *O que o termo Cuidado significa para você no contexto da enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos?* Como resultado, identificaram uma categoria central que nomearam de *Conceito de Cuidado*. Desta, três sub-categorias foram co-relacionadas: *Sentimentos das Enfermeiras, Conhecimentos Técnicos e Habilidades de Enfermagem*. As autoras<sup>(20)</sup> concluem que o cuidado é o foco central das atividades das enfermeiras pesquisadas e que este cuidado está relacionado com o fornecimento de suporte técnico integrado a outros aspectos da Enfermagem e que a prática na UTI acontece primordialmente através dos recursos tecnológicos aliados ao conhecimento e competência nesta área do conhecimento.

Um outro estudo brasileiro<sup>(8)</sup> identificou, em um grupo de enfermeiros que atuam em uma UTI de grande porte de determinado município do estado de São Paulo, que existe a consciência de que o uso da tecnologia é fundamental para manutenção da vida dos pacientes, mas também entendem que a presença das máquinas tem assumido importante papel no afastamento físico entre o paciente e cuidador, uma vez que a comunicação com os aparelhos parece ser mais consistente em termos de fornecimento de dados do que a comunicabilidade com os pacientes, que, na maioria das vezes, não estão verbalmente responsivos.

De acordo com Barnard<sup>(13)</sup>, tem sido emergente 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. Tal fato tem gerado importantes modificações na prática dos enfermeiros, que tem sido comparados a técnicos altamente capacitados para o manejo computadorizado, mas pouco tem exercitado acerca da afetividade e do atendimento à outras necessidades humanas básicas.

Este mesmo autor<sup>(13)</sup> sugere algumas diretrizes para o desenvolvimento de uma Filosofia da Tecnologia. Pressupõe que a tecnologia tem influenciado não apenas o cuidado direto aos pacientes, mas os valores, o conhecimento, habilidades, as políticas de atenção em saúde, regras e responsabilidades dos profissionais que atuam nesta área.

A tecnologia tem sido tomada como um modelo hierárquico nos serviços de saúde e o cuidado tem sido reduzido à manipulação do corpo e empenho de habilidades intelectuais. O cuidado homem-a-homem é prejudicado à mesma medida em que a tecnologia avança nos parâmetros de complexidade.

As ciências da saúde têm sofrido considerável influência das ciências exatas, uma vez que os recursos tecnológicos são desenvolvidos para exploração das doenças. Neste ínterim, não apenas a aparelhagem sofisticada tem influenciado nas relações humanas, mas também os construtos teóricos advindos das ciências exatas<sup>(13)</sup>.

Para Barnard<sup>(13)</sup>, ainda a partir do século XX, o investimento das ciências exatas tem sido direcionado à área da saúde, principalmente pela ampla disponibilidade de recursos monetários destinados ao financiamento de pesquisas nesta área. Tal fato tem resultado em uma forte influência do olhar tecnológico dispensado pelo Seres Humanos ao analisar o mundo e até mesmo nas especulações da existência de vida extra-terrestre. Exemplo disto, segundo o autor, está figurado nos estudos que descrevem as possibilidades de existência de vida não-humana em outros planetas (naves espaciais altamente tecnológicas, armas a Laser, viagens espaciais por desfragmentação de matéria etc).

Transpor a questão do rápido crescimento da tecnociência e o aprimoramento da Enfermagem tem favorecido a utilização de tecnologia sofisticada na prática dos enfermeiros, que tem aceitado com bastante facilidade as práticas tecnológicas para atenção em saúde, seja no contexto hospitalar, seja na comunidade<sup>(13)</sup>.

### **1.2.3 Aspectos Humanísticos**

Temos vivenciado tempos de modificações paradigmáticas importantes. A inversão de valores, a violência física, moral e intelectual tem assolado a humanidade em seu bem mais precioso: o direito de *con-viver* e morrer dignamente, de estar presente junto ao outro, sentir-se acolhido e tendo a oportunidade de acolher e de reconhecer o outro como parte integrante do

movimento existencial que possibilita a edificação dos relacionamentos humanos.

Há algum tempo este relacionamento tem sido corrompido pelo mecanicismo comunicacional decorrente da edificação de necessidades cada vez mais fundamentadas no imediatismo. Este fato tem resultado na superficialidade das relações humanas, onde a presença da máquina é o foco comunicacional prioritário.

É no ambiente das UTI's que a tecnologia de ponta tem afetado negativamente o aspecto humano. Os valores básicos da inter-relação humana, tais como a vontade de se comunicar, as emoções e sentimentos fornecedores de estímulos positivos para o reconhecimento dos sinais oferecidos pelo emissor, foram substituídos pela necessidade de domínio tecnológico<sup>(21)</sup>.

Atualmente, o discurso acerca da humanização da assistência é capítulo inicial dos livros direcionados aos cuidados intensivos<sup>(11,22)</sup>. Talvez, este movimento de resgate do aspecto humano da assistência em saúde seja um bom diagnóstico da re-significação de valores decorrente desta supervalorização mecanicista.

O descontentamento com esta forma de "coisificação" do outro e o demasiado foco no cuidado técnico, tem levado alguns profissionais da saúde a repensar o valor humano através de diversos programas, e entre esses podemos destacar o Programa de Humanização dos Serviços de Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 24 de maio de 2000<sup>(23)</sup>.



As mutações nos valores humanos estão a ponto tão alarmantes que se tornam necessárias medidas legislativas, com intuito de provocar no o homem a necessidade de rever suas características humanísticas, re-significadas pela interferência cultural/tecnológica, que tem retomado a condição niilista de homem e de humano<sup>(24-25)</sup>.

Apesar da corporeidade ser o foco de atenção imediata dos cuidados, os prestadores deste serviço tem expressado, verbalmente ou não, grande dificuldade em reconhecê-la como uma parte da totalidade do Ser Humano. Este fato resulta no desconhecimento da dignidade da pessoa enquanto um *continuum*, de início biológico na fecundação e culmina no montante dos anos, com o fenômeno morte, mas que, a consciência imortal se revela à transcendência<sup>(26)</sup>.

O movimento de humanização das UTIs, sob a ótica da Enfermagem, tem visado resgatar valores humanísticos exaustivamente discutidos nas teorias que fundamentam esta ciência<sup>(22)</sup>. Neste sentido, o estímulo à sensibilização no atendimento tem sido ponto chave neste processo. O incentivo nas expressões mais tênues como o olhar afetivamente, a aproximação dedicada, o toque preciso, não apenas na atenção às necessidades fisiológicas, mas também o toque enquanto fonte de apoio, a expressão não-dita de *estou aqui, pode contar comigo*.

Neste sentido, Pessini e Bertachini<sup>(27)</sup> consideram que o foco na essência do Ser, a compreensão de um sentido mais pleno para vida, a valorização do outro enquanto sujeito construtor de sua história, o respeito à integridade e a

individualidade, são premissas básicas para um cuidado humanizado em saúde.

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.

## **1.3 A Espiritualidade**

### **1.3.1 Considerações Históricas**

O século XII foi patriarca de um forte movimento, o Renascimento Cultural, que promoveu revoluções intelectuais em toda Europa, em especial pela tradução de textos gregos e árabes. Os autores árabes haviam mantido durante muito tempo um contato regular com os clássicos gregos, como por exemplo Aristóteles, e os trabalhos de tradução reconectaram o Ocidente com as suas raízes eruditas. Tais traduções resultaram em um espólio considerável, que permitiu avanços importantes em conhecimentos como a astronomia, a matemática, a biologia e a medicina<sup>(28)</sup>.

Com a fundação das primeiras universidades medievais – Bolonha (1088), Paris(1150) e Oxford (1167) — são instituídos os centros de pesquisa e produção do saber, que por sua vez, tornaram-se foco de acirrados debates e polêmicas. Nesta época, estas instituições sofriam intervenções diretas do poder real e eclesiástico. Temas como a Natureza e o objetivo do Universo eram debatidos em espaços denominados Faculdade de Artes, que compunham a estrutura de praticamente todas as Universidades da época. Em particular, temas como estes eram entendidos como área de estudo básico, ou seja, fundamentos para construção de todos os outros saberes. Neste sentido, eram tidos como campos independentes da teologia. Os trabalhos dos autores antigos da filosofia, como Aristóteles, Platão, Ptolomeu Galeno, Arquimedes,

entre outros, tiveram suas traduções para o Latim em 1200, apesar de que, neste período vários equívocos de interpretação foram cometidos<sup>(29)</sup>.

Apesar deste vasto movimento tradutório da Idade Média, esta época não conheceu a Espiritualidade. Houve determinado contentamento por parte dos tradutores, em sua grande maioria Religiosos, (...) *em distinguir entre doutrina, isto é, a fé sob seu aspecto dogmático e normativo, e disciplina, sua prática, em geral no contexto de uma regra religiosa*<sup>(28)</sup>.

Ainda segundo este autor<sup>(28)</sup>, o termo Espiritualidade é um conceito moderno utilizado a partir do século XIX como resultado da flexibilidade do termo *Spiritualitas*, emergente nos textos filosóficos a partir do século XII. Contudo, aparentemente a espiritualidade pareceu possuir maior relevância nas correntes filosóficas a partir do século XVI, quando as linhas espiritualistas estavam em ascensão.

Neste movimento histórico, o autor<sup>(28)</sup> identifica ainda que as formas de expressão religiosa assumiu basicamente duas grandes vertentes: a expressão explícita, encontrada na manifestação Clerical através das vestes, textos e orações programadas e a expressão implícita, cujas formas de manifestação estão opacamente significadas na iconografia, gestos ritualísticos, entre outros.

O formalismo religioso instituiu a vida espiritual, uma vez que esta era regida por um corpus doutrinário formalmente estabelecido. Esta estrutura foi particularmente forte do século VIII ao século X, quando a essência cultural dos reinos bárbaros definitivamente ascenderam sobre o então Império Romano. Com este fato, os indivíduos se vinculavam às estruturas sociais de acordo com

a crença religiosa – corpo doutrinário – que professavam. Por outro lado, boa parte do conhecimento originário da filosofia clássica ocidental permanecera implícitos na cultura de povos denominados primitivos, que buscavam na natureza uma justificativa para a essência da vida e o destino dos homens e das coisas<sup>(28)</sup>.

Na sociedade contemporânea é possível observar essas influências históricas nitidamente. Ao rebuscar a literatura, em conversas formais ou informais sobre a essência da vida, crenças religiosas, enfim, encontramos discursos paralelos que se complementam, mas com terminologias diferenciadas. Alguns citam Deus – termo amplamente divulgado por correntes estabelecidas a partir de um *corpus* doutrinário – e outros se remetem a Força Maior/Poder Maior – cuja origem filosófica espiritualista e em alguns pensadores existencialistas é característico.

Perpassar brevemente pela história da espiritualidade nos permite ainda atentar para a filosofia mais contemporânea, onde a busca pela reaproximação do Homem com as questões da espiritualidade tem sido intensificadas. A crença em um Deus imanente no universo é questionada e a construção de um Deus presente é foco das discussões. Filósofos existencialistas como Kierkegaard, Buber e Tillich corroboraram para aproximar do homem um Deus até então punitivo e castrador<sup>(30)</sup>. Outro grande pensador, escamoteado pelo

pensamento moderno por rejeitar o dogmatismo religioso, mas que nunca negou a espiritualidade humana, foi Friederick Nietzsche<sup>b</sup>.

Muito existe de controverso e obscuro na história da espiritualidade enquanto pensamento formalmente construído. Contudo, a título de direcionamento e pertinência, é possível estabelecer que o momento histórico atual tem sido de grande conveniência para a discussão destas questões, uma vez que a filosofia, a ciência e a religião tem se mobilizado no sentido de resgatar uma re-aproximação amistosa no intuito de edificar a existência humana mediante um paradigma cada vez mais transcendente.

### 1.3.2 Aspectos Conceituais

Conforme o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa<sup>(31)</sup>, o termo Espiritualidade é uma flexão da palavra Espiritual (espiritual + l + dade) e data no Latim Moderno a partir do século XV e assume conceito de *a qualidade do que é espiritual; característica ou qualidade do que tem ou revela intensa atividade religiosa ou mística; tudo o que tem por objetivo a vida espiritual.*

Este mesmo dicionário<sup>(31)</sup> indica a etimologia do termo Espiritual do Latim Moderno *spiritualis* e oferece a interpretação de *concernente ao espírito; próprio do espírito ou a ele pertencente; semelhante ao espírito; desprovido de corporeidade, imaterial [...].* Data o aparecimento na língua Latina entre os séculos XIII e XIV<sup>(31)</sup>, o que poderia indicar uma evolução do termo em Latim

---

<sup>b</sup> Nietzsche escreveu uma das mais belas orações que remete à busca de um Deus e do sentido da vida. Foi eximamente traduzida do alemão poético de Nietzsche, por Leonardo Boff. Está descrito no livro *Tempo de Transcendência: o Ser Humano como um Projeto Infinito*. Sextante, 2002, p. 84-85

Arcaico *spiritualitas*, conforme proposto por Vauches<sup>(28)</sup>, que apresenta fortes evidências de seu aparecimento no século XII.

No que diz respeito ao entendimento do termo Espírito, sua etimologia tem origem do Latim *spiritus* que significa *sopro, exalação, sopro vital, espírito, alma*, e é definido como *a parte imaterial do ser humano; alma; [...] substancia imaterial, incorpórea, inteligente, consciente de si, donde se situam os processos psíquicos, a vontade, os princípios morais*<sup>(31)</sup>.

Não é pretensão deste estudo realizar uma análise conceitual do termo Espiritualidade, haja vistas que para este fim, seria preciso um direcionamento metodológico específico. Contudo, é emergente um estudo brasileiro que trate desta questão, uma vez que este é um ponto considerado crítico no estudo de espiritualidade e que merece ser melhor discutido sob as luzes da filosofia, da ciência e da religião.

Algumas pesquisas que se debruçaram na problematização e tentativas de análise conceitual do termo. Felizmente a Enfermagem tem liderado estes tipos de trabalhos e contribuído de forma ímpar para a solidificação de construtos conceituais sobre Espiritualidade em Saúde.

Um dos primeiros trabalhos de revisão de literatura sobre o significado de Espiritualidade foi desenvolvido por autoras americanas<sup>(32)</sup> com objetivo de identificar como a Espiritualidade era tratada na literatura corrente, bem como estabelecer quais seriam os possíveis entendimentos sobre Necessidades Espirituais. O estudo apresentou algumas fragilidades metodológicas

principalmente por não clarificar quais as fontes literárias exploradas, bem como os critérios de inclusão dos textos e as bases de dados consultadas.

As autoras<sup>(32)</sup> revisaram publicações, como livros, artigos e algumas teorias de Enfermagem. Como resultado, identificaram que o termo Espiritualidade estava fortemente vinculado à idéia de religiosidade, principalmente pelo fato de que, na época - 1997 - havia escassos estudos que tratavam de Espiritualidade propriamente dita, mas procuravam acessar a influência religiosa dos pacientes nas questões de saúde-doença.

Outro tema emergente no estudo<sup>(32)</sup> foi a Espiritualidade como uma aspiração para um bom relacionamento com Deus, com o outro e consigo mesmo, seguido de um sentido para a vida. Neste contexto, a Esperança foi proposta como uma Necessidade Espiritual, visto que esta seria a chave para o acesso a estas aspirações. Um ponto interessante do estudo foi a relação encontrada no que diz respeito a Espiritualidade enquanto forma de expressão, ou seja, para que a espiritualidade fosse incorporada nas questões de cuidado, vários autores se valeram do requisito da sensibilidade como meio para que esta dimensão fosse acessada. Concluem que os aspectos espirituais tem sido negligenciados pela Enfermagem e se faz necessário esta ciência se despir do paradigma científico e aceite um paradigma espiritual para que esta dimensão seja acessada.

O conceito de espiritualidade tem sido fortemente vinculado a uma idéia de religiosidade. Talvez, tal fato se deva ao domínio histórico das religiões sobre temas relacionados às questões entre o Céu e a Terra, à existência de



Deus e temas concernentes à transcendência de um modo geral. Outro fator que podemos lançar mão para justificar esta hipótese é o de que a idéia de religiosidade tem sido melhor utilizada para construção de instrumentos de medida que se dispõe a acessar esta dimensão, e tem sido tratados genericamente como ferramentas para acesso à espiritualidade dos pacientes<sup>(33-34)</sup>.

Um grupo de psicólogos<sup>(36)</sup>, após pesquisarem as diferenças e semelhanças conceituais sobre Espiritualidade e Religiosidade, advertem que deve se ter cautela para não polarizar os conceitos, ou seja, tratar a Religião como ruim e a Espiritualidade como algo bom e vice-versa, haja vistas que os limites éticos que permeiam estas discussões são demasiadamente sutis e os profissionais, de um modo geral, carecem de desenvolver cautela ao lidarem com estas questões, despindo-se de preconceitos religiosos.

Outra autora<sup>(37)</sup>, em uma análise melhor desenhada, a partir da observação do crescente interesse das comunidades científicas sobre a Espiritualidade e das ambíguas concepções do termo, revisou setenta e seis artigos disponibilizados pelas mídias eletrônicas mais utilizadas nos meios acadêmicos e dezenove livros que se dedicaram ao tema da Espiritualidade. A autora<sup>(37)</sup> pôde identificar que a espiritualidade tem sido empregada de modo bastante controverso, pois boa parte dos estudos ou tratavam espiritualidade como sinônimo de religiosidade ou vinculava arbitrariamente o termo com questões relacionadas à crenças religiosas e outros desvinculavam, radicalmente, a Espiritualidade das crenças religiosas. Poucas publicações

mantinham uma boa relação entre os dois termos. Conclui que tem parecido ser mais confiável contextualizar a Espiritualidade em seu sentido mais próximo a raiz etimológica.

Enfermeiras Inglesas<sup>(38)</sup>, após revisarem a literatura sobre o significado das palavras Espiritualidade, Cuidado Espiritual e Dimensão Espiritual, identificaram uma grande influência de correntes religiosas na composição destes significados, em especial a influência do Judaísmo-Cristão. As autoras<sup>(38)</sup> descreveram Espiritualidade como um *cocktail* de elementos relacionados a Religião, Linguagem, Cultura e Política, e também expressava sentido fenomenológico e existencial, místico e itens relacionados com Qualidade de Vida. Indicam que parece ser virtualmente impossível estabelecer uma definição universal para o termo e sugerem que o mesmo seja debatido por especialistas a fim de se estabelecer um consenso aproximado do que seria uniformemente aceito e factível para nortear o desenvolvimento de pesquisas na área.

Delgado<sup>(39)</sup>, ao discutir o conceito de espiritualidade, refere que este pode ser codificado em elementos conceituais comumente descritos na literatura corrente e basicamente correspondem a um Sentido Pleno para Vida, Crenças, Valores, Senso de Conexão com todas as coisas e com os outros e um estado constante de bem-estar.

A Espiritualidade tem sido descrita, de modo geral, basicamente 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<sup>(40-41)</sup>.

A aceitação global destes elementos tem se dado pelo fato de aparentemente fornecerem estrutura para o desenvolvimento de ferramentas que permitem o acesso à “Espiritualidade”. Entretanto, Moreira-Almeida e Koenig<sup>(42)</sup> advertem para o fato de que, estudos direcionados à avaliação quantitativa da Espiritualidade cogitando sua mensuração merecem atenção, uma vez que tem ocorrido por parte de pesquisadores descuidados, equívocos importantes ao relatarem os resultados de seus estudos. Em muitos casos, o que tem sido mensurado não é Espiritualidade *per se*, mas sim, seus atributos conceituais.

Outro ponto de destaque no que diz respeito à problemática referida trata da dificuldade de tradução destes elementos conceituais. Por maiores que sejam os esforços dispensados para manutenção da integridade dos elementos de linguagem, o movimento tradutório pode influenciar no verdadeiro sentido das palavras, que varia consideravelmente de cultura para cultura<sup>(43)</sup>.

Talvez o grande desafio para os estudiosos em Espiritualidade, sob o ponto de vista quantitativo, seja o desenvolvimento de instrumentos capazes de

avaliar de modo confiável e válido um conceito de Espiritualidade que melhor se aproxime de sua raiz etimológica.

Neste trabalho, foi adotado o conceito nightingaleano de espiritualidade que é praticamente desconhecido pela Enfermagem brasileira<sup>c</sup>. Tal referência evidencia a influência da filosofia platônica e o misticismo medieval na vivência de Florence, que foi devidamente explorada nos tópicos que moldam este estudo.

Quando questionada sobre o que se poderia entender por espiritualidade, escreve<sup>d</sup>:

*Nós não podemos chamar de amor, admiração, reverência ou confiança que um ser humano tem por outro ser humano. Isso nós chamamos de influências humanizadoras; mas, sentimentos advindos da consciência de uma presença de natureza maior que a humana, desconexa do que é material, isto nós podemos chamar de influência espiritual; e estarmos conscientes é a mais alta habilidade de nossa natureza.*

Florence<sup>(1)</sup> apresenta a espiritualidade sob uma perspectiva fenomenológica-existencialista, cuja manifestação não é uma crença intelectual, mas prioritariamente uma experiência consciencial da presença divina.

---

<sup>c</sup> Pude constatar este fato por não encontrar esta definição nas publicações realizadas pela Enfermagem brasileira. Também observei que, ao ser convidado para eventos sobre espiritualidade em saúde e apresentar este conceito, muitos Docentes, Alunos de Graduação e Pós-Graduação, Enfermeiros Assistencialistas e colegas de outras profissões solicitavam maiores informações sobre a definição, uma vez que não tinham conhecimento de sua existência.

<sup>d</sup> In Macrea J. Nursing as a spiritual practice: a contemporary application of Florence Nightingale's views. Springer Publish Company, NY, 2001 p. 21

### 1.3.3 A Espiritualidade na Saúde

Desde os primórdios da civilização, as práticas curativas, ou médicas, estiveram circunscritas por um caráter místico-religioso e basicamente eram desenvolvidas por Magos, Sacerdotes, Pagés, entre outros, uma vez que as doenças eram compreendidas como castigo de Deus ou possessões demoníacas. Hipócrates, o “pai da Medicina” libertou a prática Médica do misticismo religiosos ao estabelecer os fundamentos básicos da propedêutica e prescrição de condutas higiênicas e técnicas instrumentais, visando com isto extirpar a *materia peccans*- matéria doentia- do organismo humano<sup>(44)</sup>.

O pensamento cosmológico advindo dos pensadores pré-socráticos, fundamentou as teorias Hipocráticas através da edificação de um raciocínio pautado na existência de uma *natureza universal, princípio cósmico universal* ou *vis medicatrix* que compunha todas as coisas existentes no universo e o papel do médico seria o de facilitador na recuperação das forças orgânicas – *physis* – com intuito de que o próprio organismo atingisse o equilíbrio<sup>(44)</sup>.

Grande pensador da natureza, Aristóteles além de muito avançar na continuidade do pensamento filosófico, marcha na empreitada de explorar a composição do organismo humano, sem avançar muito no que diz respeito aos aspectos patológicos que permeiam a estrutura deste organismo. Concede ao *pneuma* – sopro ou essência invisível e inteligível – um importante papel no equilíbrio entre o estado de saúde e Enfermidade<sup>(44)</sup>.

Abandonando o estudo dos humores, Erasistrato, fundador da medicina empírica, se debruçou especialmente sobre o estudo da fisiologia, patologia e

anatomia. Com habilidade hipocrática, observou, classificou e destacou que os órgãos eram compostos por veias e nervos. Mantinha, todavia, a idéia de que a função do *pneuma* era fundamentalmente manter a vida<sup>(44)</sup>.

A ampla difusão das idéias hipocráticas pelas incipientes escolas médicas do ocidente, obteve impacto importante, até mesmo no período galênico, onde então a medicina se dedicou basicamente na exploração da estrutura e funcionamento do corpo do homem num movimento de comparação mecanicista. As idéias galênicas foram revolucionárias para a época, em especial no que dizia respeito à fisiologia nutricional e respiratória<sup>e</sup>.

A partir do final do século XVI inicia-se o período de liberdade científica que proporcionou os grandes avanços no campo da biologia experimental, a edificação das academias, o desenvolvimento da anatomia e fisiologia, as técnicas cirúrgicas, farmacologia, exploração das causas das epidemias e conceitos de higiene, entre outros eventos. Tais conceitos evoluíram tão rapidamente quanto ao próprio avanço da filosofia e os experimentos das ciências então classificadas como exatas<sup>e</sup>.

No cume das revoluções do pensamento filosófico, surgiu então a idéia de Pluridimensionalidade humana, elaborada a partir da fusão do pensamento de Jung, Maslow, Viktor Frankel e Assagioli. Apesar de discordar em alguns pontos das idéias Jungianas, Frankel propunha uma Unidade Espiritual como base essencial do homem, em oposição à psicossomática de Jung. Foi em

---

<sup>e</sup> Penha RM, Silva MJP. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde através do estudo da teoria quântica. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Artigo aprovado para publicação em 05/11/2007.

Frankel que o termo *Espírito* pôde ser explorado e amplificado. De acordo com este filósofo, a unidade espiritual do homem, conhecida como *Nous* – espírito individual – ganha dimensão de Espírito Divino, onde este oferece a energia propulsora para a dinâmica universal e tudo o que nele habita, inclusive o homem<sup>(45)</sup>.

Indubitavelmente, a idéia de um homem pluridimensional foi de vital importância para o debate da espiritualidade, uma vez que ela permitiu a reintegração das partes, dispersas ao longo dos tempos. Com a modernidade, as ciências da saúde vêm tentando reconstruir este homem, “somá-lo” novamente ao todo que sempre pertenceu. Esta união tem sido construída em especial no campo filosófico e espiritualista<sup>(46)</sup>.

A modificação do conceito de Saúde proposto pela Assembléia Mundial de Saúde (1983), é um bom exemplo das modificações nos construtos conceituais em saúde, que vão sendo delineados pelo homem a fim de suprir suas necessidades existenciais<sup>(47)</sup>.

Atualmente está inclusa no conceito de Saúde a dimensão *não material* ou também *espiritual*<sup>(47)</sup>. A partir de então, a Organização Mundial da Saúde cria 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<sup>(47)</sup>.

A aproximação da ciência a temas, então ditos religiosos, tem sido mais intensa e ocorrido de diversas maneiras. Neste aspecto, a espiritualidade é uma

porta de entrada para discussões, visto que a ciência não tem encontrado respostas através da dimensão material, unicamente, capazes de estabelecer uma concepção de verdade. Nunca se falou tanto em Ciência e Espiritualidade como nos dias de hoje<sup>(25,34,48-52)</sup>.

Com a criação deste novo domínio, apreciamos uma nova forma de estar-no-mundo. Assim, o paradigma Holístico que transcende 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<sup>(34,50-51)</sup>.

Durante muito tempo, no ocidente, pesquisadores e filósofos reduziram o discurso da espiritualidade a partir das concepções estabelecidas por Galileu, Kepler, Newton e Einstein, que promoveram o dualismo entre Deus, imanente no universo, e o Mundo, território do homem. Estabelecida a dualidade, a ciência ocupou-se da exploração do mundo físico e os fenômenos subjetivos foram considerados secundários à matéria, portanto, da alçada religiosa. Esta, sem explicações e respostas satisfatórias aos questionamentos de exponenciais filósofos, mitificou o mundo subjetivo até o aparecimento de René Descartes e sua “filosofia da modernidade” que previa o controle da natureza pelo homem a partir da ciência e da tecnologia. A ciência conta então, com aparato metodológico potente para exploração dos fenômenos enquanto, a Religião conta com a metodologia da Fé<sup>(48,52)</sup>.

Uma das maiores autoridades da área médica no que se refere a religiosidade e espiritualidade, coloca estas duas variáveis como um marco



para nova era<sup>(53)</sup>. Clarifica ainda que as crenças e práticas religiosas/espirituais tem demonstrado ser de forte impacto no auxílio para enfrentamento nas mais diversas situações de desequilíbrio na saúde dos indivíduos, 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<sup>(53)</sup>.

A era do caos, iniciada especialmente no findar do século XIX e que se dimensiona nos dias atuais, tipificada pelos conflitos políticos, econômicos, científicos e o fanatismo religioso, tem provocado reflexões profundas no pensamento ocidental pós-moderno. A busca de respostas para perguntas cotidianamente feitas sobre sentido da vida, da morte e do sofrimento humano tem gerado uma revisão de valores na humanidade, que vivencia e assiste o espetáculo da fome, da miséria, dos atentados terroristas e da violência global.

Na ausência de respostas objetivas e mensuráveis, a ciência procura na espiritualidade um modo de reformular as perguntas que direcionam os estudos. Com vistas a uma nova perspectiva de atenção às necessidades humanas, que tem deixado de ser baseadas na patogênese, estudiosos constroem suas teorias a partir de um movimento contrário. Ao invés de se buscar o conhecimento da origem das doenças, o foco central das atividades é de conhecer os mecanismos de construção da saúde. Este movimento tem sido amplamente divulgado sob a proposta teórica de salutogênese<sup>(54)</sup>.

A espiritualidade se insere então neste contexto, cuja essência não é extirpar o mal que tem assolado o homem, mas providenciar recursos para que ele - o homem- se descubra como principal responsável por suas construções.

#### **1.3.4 A Espiritualidade na Unidade de Terapia Intensiva**

Pouco ou quase nada tem sido publicado sobre Espiritualidade em Unidade de Terapia Intensiva. Evidenciamos, através de pesquisa nas bases de dados – Lilacs, Scielo, Medline e Embase - que os trabalhos referente a Espiritualidade em UTI tem sido mais freqüentes nas Unidades Pediátricas e são direcionados às explorações dos sentimentos dos pais de crianças no final da vida. Os dois únicos artigos que faziam referência ao estudo das experiências com famílias de pacientes adultos em UTI's fizeram menção às dimensões bio-psico-social e negligenciaram a Dimensão Espiritual<sup>(55-56)</sup>.

Uma equipe de intensivistas pediátricos americanos<sup>(57)</sup> entrevistou trinta e três pais de vinte e seis crianças que haviam morrido há mais de dois anos em uma determinada UTI. A coleta de dados foi realizada após dois anos do falecimento do filho. O objetivo central do trabalho foi identificar quais eram as necessidades espirituais dos pais durante a morte dos filhos. Ao recordarem do momento da morte, os pais referiram que as necessidades espirituais eram supridas através da conexão com o corpo do filho.

Após dois anos, essa conexão era mantida através das preces, sonhos, lembranças e doações a instituições filantrópicas, geralmente relacionadas às doenças que levaram os filhos a óbito. A análise dos dados permitiu uma

reflexão sobre a necessidade de melhor direcionar as ações dos pais no momento da morte dos filhos, uma vez que o vínculo espiritual entre pais e filhos pequenos é muito estreito. Pais que foram incentivados em permanecer ao lado do filho e exercer as atividades cuidativas no final da vida edificaram memórias que no futuro lhes trouxeram mais conforto e esperança<sup>(57)</sup>.

Outros pesquisadores americanos<sup>(58)</sup> exploraram a importância da Espiritualidade para cinquenta e seis pais de crianças que morreram em UTI's Pediátricas na cidade de Boston. Os dados foram coletados a partir de questões abertas direcionadas à exploração das necessidades dos pais frente a morte dos filhos. Quando questionados sobre qual a fonte de apoio e esperança que eles possuíam, 73% (41) responderam que era a Espiritualidade/Religião. Estes aspectos também estiveram fortemente relacionados as tomadas de decisões dos pais no que diz respeito as abordagens paliativas no final da vida dos filhos. Em meio a tecnologia, muito pais relataram enfrentar a experiência de morte dos filhos como uma Jornada Sagrada. Os autores concluem que a aproximação dos pais no processo de morte dos filhos, quando bem direcionado pela equipe e líderes religiosos, pode contribuir para diminuição do impacto da perda e reavivar as expectativas de vida dos pais<sup>(58)</sup>.

Um interessante estudo<sup>(59)</sup> sobre as recomendações e prioridades na qualidade de final de vida de crianças em UTI's pediátricas, evidenciou que os pais priorizavam como cuidados a honesta e completa informação sobre o real estado de saúde dos filhos, o pronto acesso à equipe, a livre comunicação com o filho, a possibilidade de expressarem suas emoções e terem suporte da

equipe para lidar com elas, preservação da integridade do filho e possibilidade de exercer a Fé.

Segundo os autores<sup>(59)</sup>, a Fé foi descrita pela maioria dos pais como o principal mecanismo de enfrentamento da situação de morte dos filhos e os sustentavam no enfrentamento das pequenas perdas da habilidade comunicacional do filho na medida em que o corpo já não mais respondia aos estímulos neurofisiológicos. Contudo, alguns pais apresentaram um stress espiritual, evidenciado pelo conflito com seus sistemas de crenças. Este referiram que a Fé não era fator importante para o enfrentamento do problema.

Dentre uma série de observações, no que diz respeito a Comunicação e a Fé, os autores<sup>(57)</sup> concluem que uma comunicação eficaz entre a equipe e a família é fator primordial para minimização de danos emocionais nas famílias e os valores culturais de espiritualidade e religiosidade são ferramentas fundamentais para melhor aceitação da perda do filho pelos pais.

No Brasil, ao analisar o movimento entre cuidar e cuidar-se em Unidade de Terapia Intensiva, Viana e Crossetti<sup>(10)</sup> 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 um sofrimento psicológico, principalmente por conviverem em um ambiente circundo de dor, sofrimento e perdas.

Segundo as autoras<sup>(10)</sup>, a partir do momento em que os profissionais percebiam a existência de uma dimensão extra-física, tomavam consciência de

que o relacionamento interpessoal promovia o estabelecimento de um ambiente saudável, o que minimizava o desgaste psicológico e potencializava o cuidado.

Tratar das questões relacionadas à espiritualidade junto aos profissionais que lidam com pacientes em estado crítico, pode ser bem mais importante do que se imagina.

Em um outro estudo interessante, enfermeiras gregas<sup>(60)</sup> investigaram as transformações do *Self* de oito indivíduos que ficaram internados em Unidade de Terapia Intensiva e experienciaram o estado de coma por pelo menos um ano. A amostra do estudo foi composta por cinco mulheres e três homens. Utilizaram para tratamento dos dados a análise simbólica proposta por Jung e as construções filosóficas de Thomas Kuhn.

Como resultado das entrevistas, as autoras<sup>(60)</sup> identificaram que a experiência destes sujeitos estava basicamente relacionada a *Percepção do Corpo*, onde os indivíduos relataram que se percebiam desprovidos de corporeidade e se encontravam mais próximos a um plano espiritual. Em geral descreviam a experiência como se estivessem pairando sobre o corpo e não distinguiam tempo e espaço, mas sim um *continuum* existencial. A *Solidão* foi destacada dos discursos uma vez que os pesquisados acusaram manter uma relação sensorialmente comunicacional com a família e profissionais, contudo não eram percebidos pelos mesmos.

Um outro dado que merece observação está relacionado à percepção sobre a *Morte-Retorno*. Os pacientes relataram ouvir os profissionais e família comentar sobre a possível Morte, contudo mantinham um certo estado de

pacificação, haja vistas que se percebiam vinculados ao corpo de alguma maneira. Por fim, as *Transformações da Vida* relatada pelos pesquisados estão relacionadas ao novo significado e sentido para vida que a experiência lhes proporcionou a partir de uma vivência que eles identificaram como Dimensão Espiritual<sup>(60)</sup>.

Assim, as autoras<sup>(60)</sup> concluem que a Enfermagem na UTI deveria desenvolver habilidades para identificar as necessidades espirituais dos pacientes em coma, uma vez que este estado parece provocar modificações na percepção sensorial dos pacientes, sendo situadas em uma dimensão extra-física.

Neste sentido, a aceitação da existência de uma Dimensão Espiritual, torna-se premissa básica para uma efetivação nos mecanismos comunicacionais entre Paciente, Equipe e Família, visto que ela tem parecido representar um papel importante não apenas para a vida pós-alta, mas também para uma melhor qualidade de morte e vivência do luto para as famílias.

### **1.3.5 A Enfermagem e a Espiritualidade**

Filha do destacado Sr. William Edward Nightingale, eminente membro da Associação Britânica para o Avanço da Ciência, e da Sra. Francês Smith Nightingale, a jovem Florence Nightingale, aos dez anos de idade, entra em contato com a filosofia platônica, especificamente ao traduzir alguns fragmentos das obras Fédon, Criton e a Apologia de Sócrates. Este contato edificou as construções metafísicas com que Florence percebia o mundo<sup>(61)</sup>.

Segundo Macrea<sup>(61)</sup>, a forte influência da cosmologia medieval, os exemplos de São Francisco de Assis, Santa Teresa de Ávila, entre outros, foram estímulos para que Florence, em seus últimos anos, escrevesse o livro que receberia o título de *Notes from Devotional Authors of the Middle Ages, Collected, Chosen, and Freely Translated by Florence Nightingale*. Entretanto, este livro não chegou a ser terminado. Nas páginas iniciais da obra supra citada, a matriarca da Enfermagem destaca que a experiência com o que é divino e a necessidade de um propósito transcendente para a vida são elementos básicos na existência de todos os seres.

Curiosamente, no sétimo dia do mês de fevereiro de 1937, aos 16 anos, Florence escreveu, sem muitos detalhes, que ouviu uma “voz divina” – este seria o primeiro de vários outros “despertar íntimo”- que lhe convocava à devoção a Deus. Com uma juventude marcada por conflitos íntimos e familiares, Florence recorria às suas preces e conversas com um plano invisível para que a força necessária para o enfrentamento das dificuldades lhe fosse concedida<sup>(61)</sup>.

Quando no ano de 1849, aos 29 anos, a jovem Inglesa parte em viagem ao Egipto, suas “visões” se intensificam e os chamados se tornam mais evidentes. Profundamente comovida e sensibilizada, Florence suspeitava que algo estava por vir<sup>(62)</sup>.

Em 1854, Sir Sidney Herbert, então Secretário da Guerra, convoca Nightingale à liderança de 38 moças para atuar como voluntárias no atendimento aos feridos da guerra, no Barrack Hospital, na cidade de

Sucurati, Turquia. Ao se apresentar para o trabalho, Florence se deparou com uma epidemia de Tifo e Cólera, condições precárias de higiene e organização setorial. Com expressiva habilidade organizacional, noções avançadas de higiene e nos relacionamentos humanos, reduziu pela metade o índice de mortalidade dos feridos e indicou a necessidade de haver espaços especiais para feridos graves. Após um ano de serviços militares, retorna para Inglaterra, onde se dedica ao ensino da Enfermagem<sup>(61)</sup>.

Historicamente, a simbiose entre Espiritualidade e Enfermagem é tamanha, que se torna impraticável uma tentativa de desagregação. A falta de traduções para o português dos originais nightingaleanos tem gerado o desconhecimento de uma profissão, que é tão ou mais espiritual do que puramente técnica ou tecnológica. Questões acerca da essência espiritual do homem são apresentadas por Florence, bem como suas experiências místicas que lhe despertou o interesse pelo cuidado humano<sup>(62)</sup>.

Nightingale entendia o corpo físico como um instrumento para o espírito realizar sua tarefa no mundo, e espiritualidade como o mais alto nível de consciência humana capaz de cultivar a natureza divina, sendo esta caracterizada pelo amor. Pensar na instrumentalidade do corpo enquanto manifestação das expressões do espírito, é compreender que as relações interpessoais, definitivamente, são o caminho para a revelação do Ser transcendente que o homem é. Florence<sup>(63)</sup>, ao refletir sobre a condição humana, narra: *O imperfeito é o perfeito limitado pelas relações materiais, ou em outras palavras, que o homem é Deus, modificado por padrões físicos.*



Atingir este nível de consciência seria a maior realização a ser alcançada pelo homem e, para isto, deveria desenvolver certas qualidades como: juízo de valor pessoal, noção de estar conectado com todas as coisas, humildade, respeito para com valores intrínsecos de todas as coisas, centralização no presente, onde um breve período de tempo pode parecer uma eternidade, alegria e reduzido medo da morte, através da consciência transcendental<sup>(61)</sup>.

Florence<sup>(63)</sup> distinguiu claramente os significados de Espiritualidade e Religião, onde a primeira não era uma construção intelectual baseada em dogmas, mas fundamentalmente, um fenômeno experiencial. A diferença, segundo Florence, poderia ser percebida entre dizer: *Eu acredito em Deus*, que seria uma expressão religiosa, e *Eu sinto a presença divina em minha vida*, que poder-se-ia ser identificada como uma vivência espiritual<sup>(63)</sup>.

Para Delgado<sup>(39)</sup>, Florence estabeleceu com legitimidade a Enfermagem como uma prática espiritual, haja vista que a Ciência do Cuidar seria um conjunto de disciplinas centradas no envolvimento e bem-estar humano, a partir do entendimento de que as ações, a moral, a compaixão e as Leis da Natureza seriam a expressão espiritual manifestadas pelo Criador.

Sem sombra de dúvidas, o grande marco da Enfermagem Moderna se dá a partir de uma prática sistematizada, conforme pressuposto por Nightingale, sendo que para tal, se torna evidente a elaboração ou uso de uma teoria norteadora dos conceitos fundamentais utilizados para o exercício do cuidado. Neste sentido, a estrutura do cuidar em Enfermagem é composta pela definição dos termos, tais como: Ser Humano, Cuidar, Enfermagem, Saúde, Doença etc.

Na medida em que estes termos são alinhavados, o fenômeno - ou problema- , pode ser delimitado, explorado e diagnosticado, para que as medidas interventivas sejam propostas. Basicamente, as evoluções no que diz respeito à atenção em saúde parte do que é expressivo para determinada população ou meio.

Assim, a partir da crescente demanda da sociedade na busca da assistência espiritual e questões relacionadas à espiritualidade, organizações americanas de Enfermagem, como o Conselho Internacional de Enfermagem e Federação Nacional Americana de Associações de Enfermagem, têm buscado acrescentar em seus Códigos de Conduta a dimensão espiritual do cuidado, para que os enfermeiros e sua equipe observem e estejam preparados para lidar com as diferentes crenças espirituais dos pacientes, até mesmo devido ao fato de que, para os americanos, enfermeiros são potencialmente espiritualizados<sup>(38, 64-65)</sup>.

Tal fato fez com que as academias americanas e do Reino Unido aprofundassem as pesquisas na área da educação e espiritualidade, buscando formar profissionais competentes para interagir com pacientes já conscientes da importância e eficácia da dimensão espiritual na prática assistencial<sup>(32,35,65-70)</sup>.

Como a prática de Enfermagem é um ato sistematicamente organizado e norteado por determinado foco teórico, autoras americanas<sup>(40)</sup> se debruçaram sobre as principais teorias de Enfermagem a fim de explorar como a Espiritualidade era tratada no corpus teórico.

Ao todo, foram analisadas treze teorias que puderam ser divididas em dois grupos: As teorias da Interação Recíproca ( Peplau, Orlando, King, Orem, Levine, Johnson, Roy, Leininger, Neuman e Watson) e as da Interação Simultânea (Rogers, Newman e Parse). Esta divisão foi proposta com base no modo pelo qual as teorias posicionam a Enfermagem frente a idéia de Ser Humano. As teorias do primeiro grupo, concebem o Ser Humano como portador de partes ou dimensões que apenas são visualizadas/acessadas a partir do conhecimento do todo<sup>(40)</sup>.

No segundo grupo, da Interação Simultânea, o Ser Humano é identificado tanto por padrões ou modelos comportamentais, quanto por dimensões, que mantêm um ritmo mútuo de mudanças e envolvimento. Neste contexto, as autoras<sup>(40)</sup> identificaram três níveis de destaque para a Espiritualidade nos modelos teóricos analisados: as que pouco ou nada falam (Peplau, Orlando, King, Orem e Johnson), as que inserem o conceito de espiritualidade de forma bastante geral na teoria (Levine, Roy, Leininger e Rogers) e as que trazem a espiritualidade como conceito Central (Neuman, Newman, Parse e Watson). Neste sentido, as autoras<sup>(40)</sup> concluem que, dependendo da Teoria adotada, pesquisadores e assistencialistas deverão empregar maior ou menor esforço para relacionar a espiritualidade em seu foco investigativo ou na prática assistencial.

Em 1986, Barret procurou aproximar a idéia de espiritualidade no contexto humanitário da Enfermagem, explorando para isto, conceitos de liberdade, envolvimento, criatividade e uma consciência integral da vida. Pouco

depois, Neuman – 1989 – associou a idéia de espiritualidade como um potencial energético inato do ser humano, sendo melhor desenvolvido na medida em que o Homem experimenta os ciclos de vida. Leininger – 1991 – estabeleceu seu corpus teórico no Cuidado Transcultural, contudo, mantém relações conceituais aos fatores religiosos e filosóficos que, para a teórica, dão significado cultural aos grupos<sup>(39)</sup>.

Neste mesmo período, Reed inicia suas pesquisas fundamentada nos pressupostos teóricos edificados por Rogers, que visaram explorar uma teoria de Self – Transcendência junto aos pacientes terminais, onde a espiritualidade foi posta como um importante fragmento de ocupação da Enfermagem<sup>(39)</sup>.

Malinski e Smith, em 1994, também orientados pelos pressupostos de Rogers, propuseram uma estrutura conceitual, onde a espiritualidade foi compreendida sob um prisma de *Pandimensionalidade*, que seria um nível consciencial de envolvimento humano, cujo processo pode ser manifestado pelas inovações, criatividade, experiências diversificadas naturalmente direcionadas aos desafios da vida<sup>(39)</sup>.

Outra tentativa de aproximação ocorre em Parse – 1998 – que identificou como importantes para a construção de uma experiência espiritual os fatores relacionados ao sentido para vida, valores, transcendência, presença Divina e a qualidade de vida. Em 1999, Roy propõe a revisão de conceitos de sua teoria original (1997), que culmina em um entendimento conceitual de Ser Humano dentro de um sistema adaptativo, composto por aspectos Morais, Éticos e Espirituais. Todavia, os estudos de Roy tem sido amplamente divulgados para

direcionamento de estudos dos dilemas éticos dos relacionamentos humanos<sup>(39)</sup>.

Em contra-partida, no que diz respeito a apresentação da Espiritualidade nas teorias de Enfermagem contemporâneas, uma autora<sup>(71)</sup> advoga que estas teorias formulam construtos importantes sobre o tema; contudo a aplicabilidade de seus conceitos tem sido limitada, na medida em que boa parte desses são formulados a partir de premissas religiosas, o que tem causado resistência por parte dos profissionais, bem como dado origem a uma inviabilidade ética. Além de que, muitos técnicos da área da saúde não tem dispensado interesse necessário para melhor direcionar estes construtos sob um prisma mais ecumênico<sup>(71)</sup>.

Sawatzky e Pessut<sup>(72)</sup> afirmam que o cuidado espiritual na Enfermagem cada vez mais se torna necessário, pois os seres humanos tendem a buscar formas alternativas de encontrar sentidos para a vida. Consideram que o cuidado espiritual está subsidiado em três aspectos relevantes: o Religioso, o Científico e o Existencial, e complementam que o cuidado espiritual situa-se nas expressões intuitiva, interpessoal, altruística e integrativa, onde há a aceitação de uma dimensão transcendente da vida. No entanto, enfermeiros estão preparados para a prescrição de cuidados basicamente relacionados às necessidades biológicas e não para a avaliação holística que direciona o reconhecimento de necessidades espirituais. Assim, a prescrição de cuidados espirituais torna-se um problema ético, dada a pouca distinção entre espiritualidade e religião feita por estes profissionais, onde acabam por subjugar

crenças e conceitos de espiritualidade dos pacientes impondo uma maneira de lidar com angústias/necessidades espirituais. As autoras<sup>(72)</sup> propõem que a partir de explorações descritivas sobre o significado da dimensão espiritual para os pacientes, familiares e profissionais de Enfermagem é que seria possível propor o cuidado espiritual como parte legitimada da prática de Enfermagem e, então, sistematizar a assistência.

Alguns instrumentos de avaliação e manejo das necessidades espirituais vem sendo construídos pela Enfermagem americana, fortemente vinculados a religiões específicas<sup>(73-75)</sup>. No Brasil, adotando a corrente do Cristianismo, Guimarães<sup>(76)</sup> propõe um método de abordagem às necessidades espirituais construído através de princípios desta corrente.

Contudo, entendemos que a espiritualidade não é de domínio das religiões, além de que vivemos em um dos países de maior diversidade religiosa do globo. Abordar a dimensão espiritual requer reflexões prévias e exercício de liberdade de pensar, afastando-se de dogmas e preconceitos religiosos. Ao pensar em um único caminho para abordar as necessidades Espirituais dos indivíduos, incorremos em sérios dilemas éticos<sup>(37,67,71,73,78-79)</sup>.

Cavendish *et al*<sup>(64)</sup>, a partir de ampla pesquisa exploratória, analisaram as perspectivas espirituais relevantes da Enfermagem Americana para a prática profissional e educacional. Com os dados quantitativos obtidos, observaram que enfermeiros afiliados a instituições religiosas possuem escores de

pontuação mais altos na Spiritual Perspective Scale<sup>f</sup>, o que indica que a assistência prestada por estes profissionais tende a ser integralizada, visto que esses profissionais, em tese, possuem melhor compreensão das necessidades humanas<sup>(64)</sup>.

Os autores<sup>(64)</sup> problematizam ainda a dificuldade de muitos enfermeiros e estudantes de Enfermagem americanos em aceitar e compreender a dimensão espiritual do cuidado, devido a demasiada atenção e valorização das práticas tecnicistas do cuidar. Contudo, crêem que apenas a partir do momento em que os enfermeiros iniciarem uma reflexão acerca do sentido de sua própria existência e buscarem, através da auto-reflexão, sua dimensão e valores espirituais, é que poderão auxiliar os outros em sua totalidade. Reforçam que *o ensino das concepções do cuidado espiritual na prática da Enfermagem é a chave para este processo.*

Os estudos sobre espiritualidade desenvolvidos por Enfermeiros, de um modo geral, podem ser classificados em três vertentes de interesse: os que tratam da Espiritualidade no ensino, na pesquisa e na prática clínica. O escasso número de publicações por parte de pesquisadores brasileiros influenciou negativamente no que diz respeito ao tratamento do tema no cenário deste país, onde a profissão, assim como a miscelânea religiosa e cultural,

---

<sup>f</sup> Escala desenvolvida por Reed (1987) que consiste em questionário de 10 itens. Este instrumento mensura a perspectiva espiritual dos indivíduos de acordo com o grau de espiritualidade que tem em relação a vida. A confiabilidade do instrumento é aferida através do Alpha de Cronbach. Os escores da escala variam de 1 (baixa perspectiva espiritual) a 6 (alta perspectiva espiritual). O pressuposto é de que, quanto maior o escore, maior a habilidade dos enfermeiros em perceber as necessidades espirituais dos pacientes.

certamente surpreende pesquisadores do mundo todo que tem se dedicado aos estudos sobre espiritualidade e religiosidade.

Em comparação com as outras áreas do conhecimento em saúde, é observável que a Enfermagem pode contribuir com grande parcela nas investigações e reflexões sobre questões de Espiritualidade/Religiosidade, uma vez que possui amplo aparato filosófico para construção da prática clínica. Infelizmente, para boa parte da realidade do ensino de Enfermagem no Brasil, estas teorias são superficialmente discutidas, levando à formação de profissionais técnica e tecnologicamente capacitados, mas com grandes dificuldades em elaborar um pensamento crítico/reflexivo sobre a essência do cuidar em seus aspectos conceituais.



## 1.4 O Cuidado Transpessoal: a Espiritualidade sob a ótica de uma Teoria de Enfermagem

A Teoria do Cuidado Transpessoal, proposta por Watson<sup>(80-81)</sup>, possui em seu *corpus* teórico basicamente dois elementos que vem de encontro às necessidades deste trabalho: em primeiro posiciona, em definitivo, a Enfermagem no paradigma espiritual e, em segundo, oferece uma abertura coerente para a conexão comunicacional que este estudo exige. Atualmente é a mais comentada nas pesquisas de Enfermagem que tem se debruçado sobre as questões relacionadas a Espiritualidade<sup>(82-91)</sup>.

Watson<sup>(80)</sup> re-significou muitos conceitos a partir de suas jornadas pelos diversos continentes e deteve especial interesse na cultura espiritualista indiana, quando em visita a um determinado hospital na cidade de Mumbai, adentrou a um quarto de uma criança e identificou na parede um quadro com algumas palavras grafadas que dizia : *Vida não é um problema para ser resolvido, mas um mistério para ser Vivido*<sup>(80)</sup>.

Segundo a autora<sup>(80)</sup>, este foi o estopim para os seus conflitos profissionais que deram origem a idéia de desenvolver uma nova forma de fazer Enfermagem, haja vistas que havia se deparado com uma Prática de Enfermagem cujos valores de Cuidado estavam sendo re-significados para os valores da cura. A partir de então, estabeleceu para si que o processo de Cuidar envolve um íntimo relacionamento entre dois Seres, distintos em personalidade, mas iguais em essência e que independe da cura para ser sustentado em si mesmo.

A autora<sup>(81)</sup> dispendeu esforços na elaboração de um construto teórico, visando problematizar alguns entraves filosóficos-conceituais relacionados a Enfermagem e que persistiam em seus pensamentos. Para tal, buscou recursos intelectivos na psicologia fenomenológica de Carl Rogers, o existencialismo de Yalom, as relações interpessoais propostas por Peplau, bem como outras tradições filosóficas como Kierkegaard, Chardin e a ontologia de Jean Paul Sartre.

A partir da exploração destas referências, associada aos vários aspectos ideológicos de Nightingale, Watson<sup>(81)</sup> estabeleceu pilares conceituais para sustentar a criação do que ela denominou de *Caring Factors*, que são os elementos norteadores de sua concepção de Cuidado Transpessoal, lançada em 1979<sup>(80)</sup>.

Alguns autores brasileiros<sup>(91)</sup> tem buscado adotar o Cuidado Transpessoal como eixo teórico para suas pesquisas, entretanto, tem cometido o equívoco de tradução ao interpretar o termo *Caring Factors*, como *Fatores Curativos*, que resulta na oposição de todos os princípios norteadores da Teoria, bem como inviabiliza o entendimento das modificações pelo qual a teoria evoluiu.

De acordo com Watson<sup>(80)</sup> o termo *Caring* expressa o “cerne” de sua proposta teórica, e posiciona a Enfermagem centralizada no conhecimento e compreensão do “Care”, ou seja, de Cuidado propriamente dito e não voltada para o fenômeno “Cure” – Cura- uma vez que esta seria a aspiração máxima da Medicina. A Proposta do cuidado em Enfermagem, em teoria, não é e nunca foi

curativa, mas fundamentalmente uma proposta de Cuidado Humano pautada por diferentes olhares teóricos.

Originalmente, os *Carative Factors* totalizam dez princípios elementares para a prática de Enfermagem, intrinsecamente relacionado à construção de vida dos profissionais desta área, sendo eles:

- 1- *Formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos:* são edificados no decorrer da vida, principalmente através das experiências da infância que serão, posteriormente, personificadas em um sistema de filosofia de vida que guiará a vida madura;
- 2- *Instituição da Fé e da Esperança:* premissas para o entendimento holístico de Ser Humano e estão intimamente ligados com o princípio anterior de formação de valores humanísticos-altruísticos. São elementos considerados importantes desde o berço da filosofia grega e explorados atualmente como influentes no processo de recuperação da saúde e enfrentamento das doenças;
- 3- *Cultivo da Sensibilidade em Si e no Outro:* habitar a condição humana significa basicamente Sentir e envolve relacionamento com os outros, consigo, com a natureza, com Deus ou um Poder Superior. Esta habilidade é desenvolvida a partir dos estados emocionais e determina a intensidade do envolvimento do profissional nas relações de cuidado;
- 4- *Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança:* é dependente do nível de desenvolvimento dos três fatores anteriores e é o elemento básico para alta qualidade do cuidado. Está fundamentado nos processos de comunicação interpessoal, que serão melhor explorados neste trabalho;

- 5- *Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos:* os sentimentos são destacados como responsáveis pela orientação do comportamento humano. Sua valorização, compreensão e aceitação são indicativos de um nível de amadurecimento e conhecimento de necessidades humanas por parte dos profissionais;
- 6- *Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para tomada de decisão:* é necessário para o desenvolvimento do saber e direcionamento do conhecimento obtido com pesquisas na prática profissional, contudo a polarização determinista e materialista no uso deste método tem gerado conflitos na prática de Enfermagem. Sua aplicação é eficaz quando empregada como coadjuvante na identificação de problemas. Basicamente formado de métodos experimentais e não-experimentais;
- 7- *Promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem:* o cuidar é um processo basicamente interpessoal e envolve uma relação entre ensino-aprendizagem. O enfermeiro exerce a boa prática do cuidado na medida em que desenvolve a habilidade de melhor utilizar as informações obtidas (verbais ou não-verbais) e convertê-las em instruções cognoscíveis para o desenvolvimento de autonomia dos pacientes;
- 8- *Provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio, proteção e/ou corretivo:* esses ambientes estão dispostos na teoria em dois grupos de variáveis, onde o primeiro é definido como Variáveis Externas (físico e social) e Variáveis Internas (mental, espiritual e cultural). Estas variáveis podem ser exploradas quantitativa ou qualitativamente, mas são, obrigatoriamente, interdependentes.

- 9- *Assistência a partir da gratificação das necessidades humanas:* as necessidades humanas são classificadas em:
- a. Necessidades de ordem Inferior, subdivididas em necessidades de sobrevivência (biofísica) e funcionais (psicofísica)
    - i. Biofísicas: Alimentação e Líquidos, Eliminação e Ventilação
    - ii. Psicofísicas: Atividade-inatividade e sexualidade
  - b. Necessidades de Ordem Superior, subdivididas em necessidade Integrativa (psicossociais) e necessidade de Busca de Crescimento na Vida (intrapessoal e interpessoal)
    - i. Psicossociais: associação e pertencimento social
    - ii. Intrapessoal e Interpessoal: auto-realização
- 10- *Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais:* responsável por iniciar o processo de re-conexão das partes fragmentadas do Ser Humano. As forças existenciais deveriam ser primeiramente questionadas e identificadas pelos enfermeiros em sua própria intimidade para que, *a posteriori*, fossem reconhecidas no outro. O reconhecimento da atuação destas forças auxilia o enfermeiro a compreender o significado que as pessoas encontram para vida, o que possibilita o desenvolvimento de intervenções que possibilitem o re-significado dos momentos difíceis.

Esses dez *Caring Factors* se tornou a base, ou o *Core*, fundamental da Teoria do Cuidado Transpessoal. Contudo, após a revisão de alguns conceitos e fundamentos, Watson<sup>(81)</sup> propõe, em 1988, uma amplificação dos eixos norteadores de sua teoria, principalmente com o aprofundamento dos princípios metafísicos de Nightingale.

Justamente neste momento, a Dimensão Espiritual é colocada como conceito fundamental nos princípios para o Cuidado Transpessoal, uma vez que considerava a ciência ocidental, inclusive a Enfermagem, alienada em um paradigma demasiado patologista, abstrato, em alguns aspectos religioso e controverso.

De acordo com a autora<sup>(81)</sup>, uma visão metafísica na Enfermagem é capaz de resgatar idéias fundamentais que emergem a alma humana do abismo aberto pelos excessos tecnológicos, tratamento robótico para uma pretensa cura que tem resultado no superficial envolvimento homem-a-homem. O desenvolvimento de um conjunto teórico e filosófico fundamentado nos princípios transcendentais, é capaz de despertar a necessidade de integração e harmonização entre mente, corpo e alma.

Assim, neste novo *corpus* teórico, a natureza da vida humana é tida sob uma noção de que um espírito habita um corpo, e que não é restrito por um entendimento de espaço-tempo material e cronológico. Esta noção permite a compreensão de um Ser que interage por dimensões próprias, com capacidade de coexistir entre passado, presente e futuro e que continua a existir no tempo, cujo corpo pode desfalecer, mas a essência, o espírito, continua sua jornada de vida, em outras dimensões<sup>(81)</sup>.

A partir da inclusão do paradigma espiritual na teoria, Watson (Ref) define Vida como *um estar-no-mundo (espiritual-mental-físico), que é contínuo no tempo e espaço*, cujos processos de Cuidado Humano entre enfermeiro e o outro se tornam movimentos especiais e de íntima relação afetiva.

Outras duas premissas fundamentais são os conceitos de Saúde e Doença. Segundo a autora<sup>(81)</sup> existe uma diferença terminológica entre *Illness* e *Disease*, onde a primeira, é estabelecida no sentido de Doença e, a segunda, de Enfermidade. Assim, a Doença não é necessariamente Enfermidade, haja vistas que a *Illness* é uma desarmonia, de caráter subjetivo, de qualquer uma das dimensões humanas (Física, Mental e Espiritual), e a Enfermidade seria um estado de condição humana negativo resultante do enfrentamento da Doença. A Saúde é definida como um estado harmônico entre mente, corpo e espírito e este estado é um movimento perceptivo de satisfação com a vida, mesmo sob um efeito de Doença<sup>(81)</sup>.

Neste sentido, o grande objetivo da Enfermagem está no papel de auxiliar as pessoas a elevar-se aos mais altos níveis de harmonia entre as três dimensões que compõe o homem (físico, mental e espiritual) e para que este objetivo seja alcançado, Watson<sup>(81)</sup> estabelece sete premissas básicas para as relações entre Enfermeiro e Paciente que devem ser levado em consideração no contato humano: 1) a mente humana e as emoções são “as janelas” para acesso à alma; 2) o corpo humano está limitado no tempo e no espaço, mas a alma existente não se limita a essas dimensões; 3) o enfermeiro pode ter acesso à mente, às emoções em seus aspectos mais íntimos direta ou indiretamente através de qualquer uma das três dimensões – mental, física e espiritual; 4) o Espírito existe por si mesmo e se caracteriza pela habilidade de ser livre, de evoluir por intermédio do processo de vida humana; 5) as pessoas necessitam umas das outras e esta interação é caracterizada como um

processo de amor e de cuidado; 6) o caminho existencial de uma pessoa é passível de ser vivenciado com experiências de Doença e para que se encontre uma solução é necessário que se encontre os sentidos para a vida; e, finalmente 7) a totalidade das experiências de qualquer momento é constituída na esfera dos fenômenos, que são estruturas individuais de compromissos e relações internas edificadas pelas relações entre passado, presente e futuro.

Assim, a Dimensão Espiritual é posta pela autora<sup>(81)</sup> como o Mundo do Espírito, experienciado através de um campo fenomenológico de interação entre dois Seres. Quando o Enfermeiro consegue se perceber como um Ser Espiritual e percebe o outro como tal, é instituído o Campo Fenomenológico, ao qual ela denominou de *Present Moment*, que se refere momento do encontro entre os Seres. Neste encontro, ocorre a justaposição consciencial das experiências humanas, ou seja, o nível da interação é uma escolha consciente do Profissional e/ou do Paciente. No momento em que as duas individualidades se apresentam, ocorre a Transposição, ou a Transpessoalidade do Cuidado, momento este que Watson<sup>(81)</sup> identifica como *Actual Caring Occasion*. O passado e presente do Enfermeiro é somado ao Passado e ao Presente do Paciente que juntos, significam ou re-significam o sentido do futuro.

Watson<sup>(80-81)</sup> considera o cuidado físico e os procedimentos técnicos altamente importantes; no entanto, o nível mais elevado da assistência ultrapassa estas barreiras, se expandindo para o emocional e espiritual. Entende o Ser Humano como possuidor de um passado causal, uma história de vida memorizada através de suas diversas experiências que são externadas



pelo espírito através dos diversos meios de expressão comunicacional que o corpo físico possui.

Para que estes elementos venham a ser desenvolvidos, a autora<sup>(81)</sup> indica que o profissional deva apresentar: a) um compromisso moral de proteger e realçar a dignidade humana; b) afirmação e compreensão do significado da subjetividade das pessoas; c) habilidades para detectar sensações e condições da subjetividade dos indivíduos, inclusive de si mesmo, através das ações, palavras, comportamento, cognição, toque, intuição, linguagem corporal, entre outros; d) capacidade de sentirem-se unidos com os outros e com o universo em um movimento de harmonização mental, física e espiritual, esforçando-se para direcionar energias promotoras de saúde; e) capacidade para utilizar seus sentimentos, edificados através das experiências vivenciadas, como forma de ligação com outros indivíduos. Para que estes sentimentos sejam positivamente utilizados, cabe aos profissionais ampliarem seus conhecimentos através do contato com outras culturas, valores, meditação, psicoterapia, entre outras atividades.

Conforme observado, o Cuidado em Enfermagem para Watson<sup>(81)</sup> é situado como um momento único, profundo e que requer elementos transcendentais para que seja compreendido. Neste sentido, após a primeira expansão dos construtos teóricos, a autora estabeleceu uma nova terminologia para o que, originalmente, ela definira como *Caring Factors*, haja vista que as novas premissas exigiram novos termos para dar sentido à profundidade do

Cuidado Transpessoal. Este último *up grade* teórico ainda não foi publicado em livro texto, mas está disponível no web-site oficial da autora<sup>g</sup>.

Nesta fase pós-moderna, Watson<sup>g</sup> propõe a utilização da definição *Clinical Caritas Process* em substituição a *Carative Factors*. Clarificamos que as explorações realizadas neste trabalho sobre esta nova formulação terminológica tem apenas caráter informativo, haja vista que a exploração mais detalhada está limitada pela indisponibilidade de material publicado com um conteúdo completo.

Segundo Watson<sup>(81)</sup>, o termo *Caritas* advém do latim *Cherish* e tem tradução aproximada<sup>h</sup> para o português de *estimar, apreciar, tratar com carinho, ter sentimentos por*<sup>(92)</sup>, e sua conotação em *Clinical Caritas* indica a preposição do Amor como elemento fundamental para que o Momento do Cuidado seja estabelecido. E esta evocação do Amor no contexto do Cuidado é, decididamente, uma construção Espiritual<sup>(81)</sup>.

Como resultado, a autora apresenta as seguintes transformações dos dez *Carative Factors* para *Clinical Caritas Process*:

- 1- Formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos, foi substituído por: *Prática do amor/amabilidade e serenidade no contexto do cuidado consciencial;*
- 2- Instituição da Fé e da Esperança, foi modificado para: *Existência presencialmente autentica, que possibilita e sustenta o profundo*

---

<sup>g</sup> Disponível em <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution/asp>

<sup>h</sup> Nos referimos como tradução aproximada devido indisponibilidade de conteúdo teórico que forneça uma conjectura semântica satisfatória. A tentativa de uma suposição infundada colocaria em cheque a confiabilidade deste trabalho, bem como poderia levar a prejuízos na disseminação do conteúdo em português uma vez que esta teoria tem sido pouco explorada pela Enfermagem brasileira.

*sistema de crença de um mundo subjetivo do “Self” e do Ser-para-o-cuidado;*

- 3- Cultivo da Sensibilidade em Si e no Outro, vem a ser: *Culto de uma prática Espiritual própria e um “Self” transpessoal que vai para além do próprio Ego;*
- 4- Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança, foi substituído por: *Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de Cuidado;*
- 5- Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos, foi modificado para: *Auxílio e Expressão de sentimentos positivos e negativos, como também a conexão com a profundidade do Espírito do “Self” e do Ser-para-o-Cuidado;*
- 6- Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para tomada de decisão, foi ampliado para: *Uso Criativo do “Self” e de todos os outros conhecimentos reconhecidos como parte do processo do Cuidar para engajamento em um processo de recuperação de saúde por intermédio da arte;*
- 7- Promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem, foi modificado para: *Engajamento de uma experiência genuinamente de ensino-aprendizagem que atende a unidade do Ser na tentativa de significar o estar-junto-com à estrutura referencial do outro;*
- 8- Provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio, proteção e/ou corretivo, foi substituído por: *Criação de um envolvimento saudável em todos os níveis, tanto físico como não-físico, consciencial e energeticamente refinado, pelo qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;*
- 9- Assistência a partir da gratificação das necessidades humanas, foi proposto como: *Assistência das necessidades básicas com um cuidado conscientemente intencional, direcionado para um ‘cuidado humano essencial’ que potencializa o alinhamento do complexo corpo-mente-espírito na integralidade da Unidade do Ser;*

10-Reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais, foi dimensionado em: *Abertura e atenção para as dimensões espiritual-enigmática e existencial da individualidade da vida de cada um e cuidado da Alma do "Self" e do Ser-para-o-cuidado.*

Segundo Talento e Watson<sup>(93)</sup> a expansão da visão de mundo e o pensamento crítico-reflexivo são elementos fundamentais para a ciência do cuidado e, ao considerar o Ser humano como essencialmente espiritual, estabelece-se que ele é transcendente e se transcende, torna-se um *projeto Infinito*<sup>(94)</sup>.

Sendo infinito, o enfermeiro não poderá aplicar sua "ciência do cuidado" sob o prisma meramente biológico, mas fundamentalmente espiritual, visto que esta é a realidade íntima e duradoura do homem que está em contato com Sabedoria Suprema do Universo e que direciona suas aspirações nesta vida<sup>(80)</sup>.

Neste trabalho, pressupomos que o exercício do cuidado é, obrigatoriamente, composto por diferentes níveis e formas de relações comunicacionais. Neste sentido, conforme exposto, a proposta do Cuidado Transpessoal estabelece que as relações comunicacionais entre Enfermeiro e Paciente devam ser aprofundadas para que a Dimensão Espiritual seja acessada. Assim, passível de observação é o fato de que, para que a Transpessoalidade ocorra no cuidado, faz-se necessário a tomada de consciência dos movimentos comunicacionais que estão intrinsecamente relacionados à prática do Cuidado.

## **1.5 A Comunicação Interpessoal: a ponte entre Cuidado e Espiritualidade**

A partir de algumas reflexões sobre a proposta para este estudo, pude observar que um referencial sobre comunicação se faria imperativo. Pensar espiritualidade enquanto um fenômeno requer compreendê-lo enquanto uma forma de manifestação. Conseqüentemente, toda manifestação necessita de um olhar apropriado para captação das características do referido fenômeno, que, obrigatoriamente, se faz manifesto por um artifício expressional.

Todavia, conforme evidenciado pelos estudos de comunicação em saúde, promovidos especialmente pela Enfermagem brasileira, foi observado que os mecanismos comunicacionais ainda são desconhecidos pelos profissionais da área.

Em um estudo pioneiro, Silva<sup>(95)</sup> identificou que na comunicação interpessoal entre enfermeiros e pacientes existia um grande abismo. Abismos comunicacionais são criados principalmente pela fragilidade em captar o fenômeno humano enquanto seres expressivos. Partindo deste princípio, a necessidade em clarificar os construtos conceituais em comunicação, permitiu uma melhor captação do fenômeno espiritualidade trazido pelos profissionais abordados.

Compreendo que as relações comunicacionais podem ser melhor exploradas a partir de um paradigma interpessoal, que propõe fundamentos detalhados para que haja a tomada de consciência por parte dos profissionais sobre a necessidade do cuidado.

Enquanto elemento comunicacional, a Paralinguagem pode ser definida como sons produzidos a partir do aparelho fonador, mas não corresponde à língua falada, como por exemplo, a velocidade e ritmo da fala e sons inespecíficos. Esses sinais podem demonstrar sentimentos, atitudes e características de personalidade. São elencados como Lexicais, Descritivos, Reforçadores, Embelezadores e Acidentais<sup>(95)</sup>. A Cinésica, enquanto estudo dos movimentos corporais, procura abstrair das respostas musculares que dão origem aos movimentos, os significados que compõem a estrutura comunicacional de determinados grupos culturais. Para tal, classifica os gestos humanos em cinco categorias: Emblemáticos, Ilustradores, Reguladores, Manifestações Afetivas e Adaptadores<sup>(95)</sup>.

De acordo com a North American Nursing Diagnoses Association<sup>(96)</sup>, as necessidades espirituais são abordadas em três diagnósticos: Angústia Espiritual; Risco para Angústia Espiritual e Disposição para Bem Estar Espiritual Aumentado. Em definição, esses diagnósticos sugerem aspectos cosmológicos e transcendentais como integralizadores do Ser Humano com sua Espiritualidade. Contudo, a maioria das características definidoras desses diagnósticos requer a expressão verbal do paciente para que o enfermeiro reconheça a necessidade e prescreva/intervenha as ações de cuidado<sup>(50,97)</sup>.

Neste sentido, após pesquisarem sobre a percepção das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva acerca da comunicação com pacientes terminais, Araújo e Silva<sup>(98)</sup> concluíram que na ausência de comunicação verbal havia,

como mecanismo de defesa, o distanciamento das enfermeiras destes pacientes e o meio de comunicação não-verbal mais citado foi o toque.

Ao concordar que existe o afastamento profissional na ausência da comunicação verbal e há utilização da comunicação não-verbal de forma inconsciente, é possível inferir que as necessidades espirituais não têm sido percebidas, logo, valorizadas/atendidas. Silva<sup>(99)</sup> problematiza a valorização da comunicação verbal nos dias atuais como resultante do distanciamento interpessoal humano dado o avanço da tecnociência. A comunicação não-verbal é instrumento valioso capaz de [...] *resgatar a capacidade do profissional em perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização*<sup>(99)</sup>.

Este dado é valioso para a reflexão aqui proposta, pois os recursos utilizados para obtenção de dados a respeito da dimensão espiritual podem ser divididos em dois grupos: Questionários e Observação<sup>(50,61)</sup>. Em Unidades de Terapia Intensiva o questionário nem sempre é a primeira escolha, devido às limitações verbais e cognitivas dos pacientes. A observação é recurso imprescindível para coleta de dados, principalmente os de características subjetivas. Contudo, para se valer deste recurso é preciso refletir sobre quem observa, o que este observador está procurando e como ele interpreta os sinais captados, sendo que esta interpretação é processada através dos significados que os símbolos têm para o observador<sup>(50)</sup>.

Observar é um exercício e carece de apurada percepção. A percepção acontece através dos órgãos dos sentidos e gera a comunicação em seus mais

variados modos e níveis. Para perceber é necessário não apenas interação, mas a observação. A observação é a percepção consciente dos sinais e símbolos comunicativos que permitem a identificação de um estado físico, psíquico, emocional e espiritual, não apenas a partir da fala, mas das minúcias da comunicação não-verbal, que ocorre em todo relacionamento humano<sup>(99)</sup>.

O Ser humano é, essencialmente, comunicante mesmo em seu mais profundo silêncio. É justamente neste não-dito que podemos captar a subjetividade do diálogo, transparecido na paralinguagem e, de modo mais abrangente, pelas outras dimensões do não-verbal dos indivíduos, ou seja, expressões faciais, gestos, posturas corporais, o olhar, entre outras<sup>(99-100)</sup>. Assim, identificar a dimensão espiritual através da relação de cuidado depende, fundamentalmente, da sensibilidade e emoção do observador para o processamento e interpretação do conteúdo observado, para então emergir a resposta comunicacional que, para a Enfermagem, é o ato de cuidar.

Neste sentido, se torna importante problematizar que existe certa tendência nos cursos de graduação em preparar enfermeiros controladores de suas expressões, sentimentos e emoções, sendo que tais condutas estabelecem uma barreira na percepção do enfermeiro às comunicações não-verbais emitidas pelos pacientes e por ele, sendo estas fundamentais para reconhecimento da dimensão espiritual que envolve os indivíduos<sup>(101)</sup>.

Esta obnubilação perceptiva é também denunciada por pacientes que vivenciam o processo de morrer. Em estudo exploratório sobre as necessidades e expectativas de pacientes em cuidados paliativos, Araújo<sup>(102)</sup>, muito mais que



identificar a espiritualidade como forma de enfrentamento deste processo, desvelou a angústia espiritual emaranhada no discurso dos sujeitos, por não serem percebidos pelos profissionais como seres além da neoplasia. Através da verbalização das emoções os pacientes revelaram que boa parte da equipe de saúde se encontrava emocionalmente enclausurada na redoma tecnológica, impossibilitada de compreender, mesmo através da comunicação verbal, que muitas vezes uma expressão de carinho é mais significativa que a expressão tecnicista.

A fusão da totalidade das experiências humanas só ocorrerá se houver percepção e interação dos membros da equipe com a dimensão espiritual que permeia os indivíduos envolvidos no cuidado, desenvolvidas a partir da tomada de consciência da imensidão de nossos sentidos<sup>(103)</sup>. Entender o cuidado em Enfermagem como relação comunicacional é repensar a emoção como elo comunicativo capaz de produzir estímulos físicos potencializadores de um cuidar transpessoal<sup>(80-81,104-105)</sup>.

## **2. Objetivos**

*É irônico que em um tempo de avanços científicos e tecnológicos nas ciências médicas, nós temos que retomar para alguns preceitos do misterioso, do intangível, do filosófico, do metafísico, e, muitas vezes, até mesmo místicos e mundos humanos para esclarecer algumas das enfermidades sociais, o sofrimento associado a desarmonia entre corpo, mente e alma.*

Watson

- Identificar o significado da dimensão espiritual no cuidado, para a equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva;
- Verificar os meios pelos quais a equipe de Enfermagem identifica a dimensão espiritual do cuidado;
- Verificar se existe relação, na percepção dos profissionais de Enfermagem, entre a expressão da comunicação interpessoal e a identificação das necessidades espirituais dos pacientes;
- Verificar se os valores de espiritualidade da equipe de Enfermagem interferem no seu processo de cuidar.

### **3. Aspectos Metodológicos**

*O cientista que abraça um novo paradigma é como a pessoa que usa lentes invasoras. Defrontando com as mesmas constelações de objetos que antes e tendo consciência disso, ele os encontra, não obstante, totalmente transformados na essência e em muitos outros detalhes.*

Thomas S. Kuhn

### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, tipo descritivo-exploratório. Neste sentido, a abordagem proposta possibilitou um delineamento satisfatório, visto que a pesquisa qualitativa proporciona vasto campo de possibilidades metodológicas para estudos de assuntos ainda pouco conhecidos e explorados<sup>(106)</sup>.

### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP).

### **3.3 População do Estudo e Critério de Inclusão**

A população foi composta de 34 membros da equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) da UTI Adulto dos turnos matutino, vespertino e noturno, que aceitaram participar do estudo. Foi adotado como critério de inclusão trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva a, no mínimo, seis meses, visto que, consensualmente foi entendido que seis meses seria tempo suficiente para que ocorresse a adaptação dos funcionários aos recursos tecnológicos e maior direcionamento da atenção aos pacientes. Pretendeu-se com este critério o enriquecimento do conteúdo dos discursos.

### **3.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do HU/USP. Após sua aprovação, os funcionários foram contatados e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), em atenção a Resolução 196/96, após terem sido informados adequadamente dos objetivos do estudo, terem garantido seu anonimato, entre outros itens do termo (apêndice I).

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de auto-relatos estruturados<sup>(106)</sup>, norteada pelo roteiro de entrevista contendo as questões-chave que forneceram subsídios para interpretação e alcance dos objetivos propostos (apêndice II).

As entrevistas foram individuais, em local adequado, tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador e, sem tempo determinado. Os discursos foram gravados em fita K-7, transcritos e tratados de acordo com a metodologia de análise adotada. Os sinais não-verbais emitidos pelos entrevistados durante a interação foram registrados no diário de campo do pesquisador e tidos como fatores complementadores da análise.

### **3.5 Tratamento dos Dados**

Após a coleta, os dados foram tratados através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin<sup>(107)</sup>, uma vez que o discurso sobre o significado da dimensão espiritual necessita de um método analítico capaz de conduzir o pesquisador por um caminho seguro, a fim de perpassar pela incerteza através do enriquecimento da leitura. A técnica adotada, sustentada por confiáveis construtos teóricos, derivados principalmente da hermenêutica, permitiu o aprofundamento na subjetividade dos discursos coletados e possibilitou o

aparecimento do [...] *escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem*<sup>(107)</sup>.

A Análise de Conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas sistematizadas para análise das comunicações. Este método é uma lupa de alta definição sobre os discursos transcritos e mostra que além do discurso existe um significado que necessita ser revelado. Para tal, exige do pesquisador um trabalho de poda em busca da delimitação das *unidades de codificação*, que podem ser extraídas que qualquer meio de comunicação. Esquemáticamente a Análise de Conteúdo é organizada em três fases cronológicas: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(107)</sup>.

A Pré-análise é a fase inicial, correspondendo ao momento de organização e operacionalização das primeiras idéias que darão origem ao plano de análise. A primeira atividade desta fase é a *leitura flutuante*, que proporciona o primeiro contato do pesquisador com os dados coletados e permite o aprofundamento conforme haja o desenvolvimento de hipóteses iniciais. Após este primeiro momento dá-se a *seleção dos documentos*, que no caso deste trabalho serão os discursos transcritos, submetidos aos procedimentos de análise. Este conjunto de documentos selecionados recebe o nome de *corpus*. Para que se chegue ao *corpus*, quatro regras devem ser rigorosamente seguidas: 1) regra da exaustividade, 2) representatividade, 3) homogeneidade e 4) pertinência. Estabelecido o *corpus*, dar-se-á a revisão das hipóteses e co-relação com os objetivos. A partir deste passo, segue a

referenciação dos índices e a elaboração de indicadores precisos para estabelecimento de unidades de categorização. Esta fase inicial culmina na *preparação do material*, que objetiva facilitar o desenvolvimento das duas fases seguintes<sup>(107)</sup>.

A segunda etapa consiste na Exploração do Material, sendo a fase de transformação dos materiais previamente preparados em unidades (palavra, tema, objeto, personagem, acontecimento e documento) que possibilitem a descrição exata de características do conteúdo. Esta codificação pode ser organizada de três escolhas: Recorte, Enumeração e Classificação e Agregação (categorização). A categorização objetiva estabelecer uma simplificação dos dados brutos pela diferenciação e reagrupamento, permitindo assim, a investigação dos pontos em comum dos elementos categorizados através dos critérios: expressivo, léxico, semântico ou sintático<sup>(107)</sup>.

Por fim, estabelecidas as categorias de análise, estas foram tratadas de modo a apresentarem resultados significativos e metodologicamente válidos, capazes de sustentar inferências que tangenciaram os objetivos deste trabalho.

Os sinais não-verbais emitidos pelos entrevistados e captados pelo pesquisador foram trabalhados de acordo com o referencial de Silva<sup>(99)</sup> e tiveram papel fundamental para interpretação dos discursos. A autora<sup>(99)</sup> cita dimensões da comunicação não-verbal que complementam ou reforçam o verbal, contradizem-no, substituem o verbal, bem como demonstram sentimentos. Como exemplo pode-se citar o choro para expressar sentimentos de tristeza ou alegria, a pausa na fala demonstrando a dúvida ou reflexão, os



gestos adaptadores (tamborilar dos dedos, roer unhas, aumento na amplitude do movimento corporal) para demonstrar ansiedade, entre outros<sup>(99)</sup>.

Friza-se aqui, que todos os sinais não-verbais devem ser inseridos no contexto e no momento em que ocorrem, para que sejam corretamente interpretados. Como a coleta de dados se deu através de entrevistas, em ambiente fechado e restrito, as dimensões não-verbais presentes e percebidas na decodificação desta linguagem foram o paraverbal e a cinésica.

Torna-se digno de nota salientar que o paraverbal, ou paralinguagem, é *qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada*<sup>(99)</sup>. De modo geral, demonstram sentimentos e outras características do relacionamento interpessoal, sendo identificados como grunhidos, entonação da fala, velocidade e ritmo discursivo, suspiro, riso, entre outros.

Silva<sup>(99)</sup> indica ainda que o paraverbal pode ser elencado em cinco tipos: Lexicais (possuem significados próprios, como por exemplo ao pedir silêncio, dizemos “Psssiu”), Descritivos (ilustram a fala, como no caso de se relatar o funcionamento de uma máquina dizemos “e ela fazia tec-tec-tec”), Reforçadores (ênfaticam o Verbal através do tom de voz. São verificados, por exemplo, ao pedir para alguém correr: “corre, corre, corre”), Embelezadores (maciez da voz) e, por fim, Acidentais (engasgos, espirros etc).

Tão importante quanto o paraverbal, a cinésica trata-se da linguagem corporal e foi descrita a partir de estudos do comportamento humano pelo antropólogo Ray Birdwistell, sem dúvida um dos maiores teóricos e

pesquisadores da área do movimento do corpo. Para o autor<sup>(108)</sup>, a cinésica tem interesse pela abstração das contínuas variações musculares que caracterizam a fisiologia humana e que revestem de significados os processos comunicacionais.

Para melhor entendimento das avaliações cinestésicas, Silva<sup>(99)</sup> indica cinco categorias gestuais básicas, onde os gestos podem ser classificados em: Emblemáticos (por exemplo, na nossa cultura, ao batemos o pé em ritmo regular indica-se impaciência ou raiva, o roer de unhas demonstra ansiedade ou receio), Ilustradores (auxiliam na descrição verbal, visto no relato pacientes quando indicam o local da dor), Reguladores (a gesticulação em círculos com a mão na vertical indicando para que a pessoa prossiga com a fala, por exemplo), Manifestações afetivas (em geral são faciais e expressam emoções como raiva, medo, angústia, tristeza, alegria, surpresa e nojo) e os Adaptadores (utilizados na compensação de sentimentos de insegurança, ansiedade e tensão, como visto nos estados de ansiedade a pessoa roendo unhas ou movendo objetos – lápis, caneta – entre os dedos com rapidez).

Os fundamentos teóricos para compreensão da cinésica são amplamente discutidos por Silva<sup>(99)</sup> que valoriza ainda outros sinais faciais, o olhar, a postura corporal e características físicas. Cada um destes tópicos são reconhecidos e descritos por pesquisadores de todo o mundo como elementos fundamentais na construção de relacionamentos humanos mais saudáveis e menos conflituosos.

## **4. Apresentação e Análise dos Dados**

*Eu acredito que valeria a pena tentar aprender algo sobre o mundo, mesmo se nessa tentativa nós aprendermos apenas que não sabemos muito. Esse estado de ignorância aprendida pode ser útil em muitos de nossos problemas. Pode servir para que todos nós lembremos que, mesmo diferindo amplamente nas várias pequenas coisas que sabemos, em nossa infinita ignorância nós somos todos iguais.*

Karl Popper

#### **4.1 Características da População do Estudo**

Com base no instrumento para caracterização dos pesquisados, foram levantados dados sobre sexo, idade, tempo de trabalho em UTI, cargo que ocupa, escolaridade, religião e se praticava a religião que professava.

Dos 34 profissionais que participaram da pesquisa, 30 (88,2%) eram do sexo feminino e 4 (11,8%) do sexo masculino. Em relação à idade, 12 (35,3%) tinham entre 24 e 29 anos, 9 (26,45%) estavam entre 30 e 39, 9 (26,45%) estavam no intervalo de 40 a 49 anos e 4 (11,8%) acima de 50 anos.

No que diz respeito ao tempo de trabalho em UTI, foi constatado que a equipe contava com profissionais com a seguinte experiência: 6 (17,6%) entre 6 meses a 2 anos, 10 (29,4%) entre 3 a 6 anos, 7 (20,6%) entre 7 e 10 anos, o mesmo percentual tinham entre 11 a 14 anos e 4 (11,8) tinham acima de 15 anos de experiência.

De 15 (44,1%) dos sujeitos que tinham nível superior completo (graduação em Enfermagem), 12 (35,3%) ocupavam o cargo de Enfermeiro. Eram técnicos de Enfermagem 16 (47,1%). Foram identificados 6 (17,6%) auxiliares de Enfermagem que compunha o rol de trabalhadores do setor e participaram do estudo.

Em relação à religião, 15 (44,1%) referiram adotar o Catolicismo como religião, dentre estes 4 afirmaram praticar a religião que professam. O Protestantismo foi citado como vínculo religioso por 8 (23,5%) profissionais e, entre estes todos disseram praticá-lo. O Espiritismo foi referido por 3 profissionais (8,8%) como religião de escolha, sendo que 2 destes referiram a

prática religiosa. Um (2,9%) referiu a igreja Adventista como inserção religiosa, e que freqüentava a igreja ao menos uma vez por semana. Também um (2,9%) 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 3 (8,8%) e, embora sem citar qual, 2 profissionais (5,9%) indicaram ter mais de um vínculo religioso. Fica explícito nos discursos que seguem a dinâmica do duplo vínculo religioso:

*“Digo que eu sou católica por que vou à igreja pelo costume da minha família, mas uma vez por semana vou a um Centro Espírita perto da minha casa para tomar uns passes e ajudo com as crianças da evangelização nos sábados que estou de folga” (E11)*

*“Sempre fui católica. Ainda falo que eu sou para algumas pessoas. Mas eu passei por uns problemas particulares tempos atrás, estas coisas de dificuldade na família, e fui com uma amiga em uma igreja Evangélica. Desde lá não parei mais de ir. Mas vou ainda na igreja católica também por causa da minha família. Você sabe né Ramon, como estas coisas são fortes ainda...” (T22)*

Foi possível observar que tratou-se de uma equipe com um bom número de Enfermeiros adulto-jovens, onde 7 deles tinham entre 24 e 29 anos, 4 entre 30 e 40 anos e apenas um acima de 42 anos. Ao contrário dos Técnicos e Auxiliares, onde o maior número (59,1%) prevaleceu no intervalo de 35 a 47 anos e 2 tinham acima de 53 anos.

## 4.2 Categorias de Análise e Discussão

A partir do referencial metodológico utilizado para análise do conteúdo coletado, emergiram quatro categorias centrais e doze sub-categorias que compõe o *corpus* de discussão deste trabalho. Entretanto, alguns esclarecimentos são necessários antes que a categorização seja apreciada e discutida.

Conforme proposto por Silva<sup>(99)</sup> a comunicação verbal objetiva basicamente ser o meio pelo qual as pessoas procuram transmitir determinada mensagem, compreender uma idéia, um raciocínio e validar a compreensão daquilo que é transmitido. Neste sentido, um esforço hercúleo foi dispensado para que as categorias fossem estabelecidas, uma vez que, durante o processo de análise, nos deparamos com um conteúdo discursivo emergente de ambíguos significados e dificuldades processuais para expressão verbal do conjunto simbólico que compõe o pensamento, dentro do que diz respeito da temática explorada.

Esta dificuldade pode ser compreendida na medida em que temos a clareza de que o tema da espiritualidade não é de uso comum nas discussões entre a equipe de Enfermagem, e de saúde como um todo, principalmente em um *setting* comunicacional, a UTI, onde os recursos tecnológicos são imperativos.

Outrossim, os discursos não foram trabalhados por categoria profissional, mas sim pela conjectura semântica que fundamentou as categorias, uma vez que não foi encontrada discrepância no conteúdo discursivo entre Enfermeiros,

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que fundamentasse a necessidade de análise por formação profissional. Constatou-se com isto que, para a população estudada, independente do nível de conhecimento acadêmico, o discurso sobre questões de espiritualidade e religiosidade estão equiparados, uma vez que os cursos de nível superior ou técnico não os prepararam para tais abordagens.

Outro fato de substancial importância para esta discussão é a superficial ou nula informação que os profissionais de saúde, principalmente no Brasil, tem tido acerca dos temas relacionados à espiritualidade nos cursos de graduação<sup>(10,34,109-110)</sup>. A hipótese lançada com esta problemática relaciona-se ao fato de que, desprovidos de aparato teórico, os profissionais não tem lançado mão dos benefícios que o olhar transcendente possa vir a corroborar com a fundamentação da assistência, em especial a pacientes agudos-graves<sup>(22)</sup>.

Assim, neste estudo emergiram as seguintes categorias de análise: **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. A segunda categoria está relacionada às **Formas de Percepção das Necessidades Espirituais e Necessidades Religiosas dos Pacientes**, dividida nas subcategorias: O Verbal; O Não-Verbal; A Família e O Histórico de Enfermagem. Uma terceira categoria pode ser identificada no sentido de expressar **A Relação entre a Comunicação Interpessoal e a Identificação das Necessidades Espirituais**, cujas subcategorias

pertencentes são: Relação Mecanicista; Relação Verbal e a Relação Não-Verbal.

Por fim, a última categoria emergente foi denominada: **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.



#### **4.2.1 A Dimensão Espiritual e seus Significados**

Esta categoria evidencia a discussão existente na literatura no que diz respeito ao cabedal de significados de espiritualidade. Contudo, no que antecede a apresentação desta discussão, se torna importante elucidar alguns aspectos que fundamentam a questão dos significados<sup>(111)</sup>.

A capacidade de dar significado às coisas é o que diferencia o homem dos outros animais. De acordo com Seminário<sup>(112)</sup>, a concepção de vida, esta vida 'real', expressa na materialidade ou mundo objetivo, é resultado do complexo ambiente imaginário, composto por sinais e signos que habitam a subjetividade humana. A verdadeira realidade seria o mundo dos significados. O mundo imaginário é sempre alimentado por uma idéia de relação e correlação com os estímulos do meio externo, em um movimento interminável. Tais estímulos carecem de estruturas ou atributos lingüísticos, fôrmicos ou gesticulares que permitam a compreensão do fenômeno manifesto. Para tal, se faz necessário a utilização da conceituação deste elementos para que se pretenda algum reconhecimento do fenômeno observado ou vivenciado<sup>(112-113)</sup>.

No que tangencia ao fato Espiritualidade, existe determinada multiplicidade descritiva, que tem sido o epicentro das discussões filosóficas, religiosas e científicas dos que se debruçam atualmente nos estudos desta natureza. Salander<sup>(114)</sup>, sobre o significado de espiritualidade, oferece seis bons motivos para questionar a real necessidade de um conceito para o termo, uma vez que os estudos analisados pelo autor<sup>(114)</sup>, não tem pesquisado verdadeiramente o significado do termo para as pessoas, mas imposto

determinadas padronizações de algo que ainda é absolutamente divergente, especialmente nas diferenças culturais dos povos Europeus e das Américas. Segundo o autor<sup>(114)</sup>, seria mais adequado explorar o sentido Espiritual para povos que acreditam no que é Espiritual, ou imaterial e pesquisar um sentido mais Existencial para os que, culturalmente, não são afinados a este discurso transcendente.

Assim, a importância dada a um significado é proporcional à importância da própria vida, visto que valoramos aquilo que tem maior significado no mundo imaginário, ou o mundo das idéias. Em se tratando dos países Latino-Americano, cujas crenças são um tanto quanto volúveis e a crença na vida após a morte parece imperativa<sup>(115)</sup>, nos parece que estudos deste gênero tem muito a colaborar com a população mundial.

A diversidade de significados que permeiam o conceito de espiritualidade é apresentada na literatura como o grande obstáculo para inserção da temática no que diz respeito a uma aceitação comum entre pesquisadores e profissionais. Várias áreas do conhecimento definem, conceituam e interpretam formatos para espiritualidade com finalidade de aplicabilidade cotidiana.

Sob este aspecto, Martsolf e Mickley<sup>(40)</sup>, após revisão conceitual do emprego do termo espiritualidade em onze teorias de Enfermagem, identificaram que este estava circunscrito basicamente de cinco atributos conceituais, sendo eles: Sentido, Valores, Transcendência, Conexão e o Vir-a-Ser. No que diz respeito ao Sentido, remetia a um significado ontológico da vida, resultando em um propósito para existência. Os Valores faziam forte

referência às crenças e padrões estimados de beleza, de verdade, entre outros que compõe a sociedade moderna. A Transcendência fazia referência a experiência e apreciação de uma dimensão extra-humana e estava diretamente relacionada com a Conexão, descrita como o relacionamento consigo, com o outro, com a natureza e com uma Força/Poder Maior. Por fim, as autoras<sup>(40)</sup> descrevem o atributo conceitual Vir-a-Ser que denota um desdobramento da vida que requer reflexões e experiência.

Basicamente, a espiritualidade tem sido tratada com base em atributos conceituais a ela determinado, uma vez que não existe um consenso sobre uma definição globalmente aceita. De certo modo, a dificuldade em se atribuir um conceito cientificamente aceitável, decorre, dentre outros fatores, das dificuldades em mensurar e validar terminologias que descrevem o fenômeno Espiritualidade em sua extensão mais original: a que faz íntima relação com um plano imaterial.

Atribuir significados mensuráveis ou ao menos melhor compreensíveis para espiritualidade parece ter sido a estratégia utilizada por pesquisadores como veículo para início da exploração deste fenômeno, cujo impacto para saúde tem sido amplamente confirmado por estudos rigorosamente desenhados.

Neste campo multiconceitual as categorias foram situadas com o intuito de explorar um pouco melhor o modo pelo qual os trabalhadores do campo estudado expressam o conteúdo simbólico que permite a descrição do

fenômeno Espiritualidade e nos permitiu melhor exploração das relações comunicacionais que tangenciam estes discursos.

## **I) Fé e Crença Religiosa**

Enquanto subcategoria mais proeminente dos discursos, a estreita relação da espiritualidade com a expressão da vida religiosa, segundo Vauches<sup>(28)</sup>, pode ser compreendida pelo fato de que na idade média a responsável pelo conhecimento dos temas relacionados ao Paraíso, o Inferno e a Divindade era a religião, mais especificamente, aqueles que tinham domínio do Latim Arcaico. A população geral se valia das comunicações orais repassadas pelos clericais, onde então o vínculo religioso para intermédio com Deus foi fortalecido.

Nos discursos que seguem, é possível observar a estrutura de vinculação da religião na idéia de Espiritualidade. Também é digno de nota uma breve explanação sobre as observações dos sinais não-verbais.

Durante a entrevista, os sujeitos mantiveram, de modo geral, uma postura semi-fletida sobre a mesa, com apoio nos antebraços, seguida sempre de afastamento do tronco contra o apoio vertical da cadeira. Notou-se ainda a alta incidência de gestos adaptadores, como por exemplo, quando a entrevistada E32 discursava sobre o entendimento de espiritualidade, durante as pausas ela apoiava a base da mão na mesa, levantava as falanges, segurava por alguns segundos e em seguida soltava contra a mesa, ficando nítida a tensão e dificuldade em falar sobre o assunto. Também foram captados

gestos reguladores, indicando final de assunto. Este foi evidenciado, por exemplo, no discurso da entrevistada E34, que ao terminar a frase, eleva as duas mãos à altura do tórax, aproxima os dedos indicadores e em seguida os afasta bruscamente, indicando encerramento do assunto.

Outro ponto cinestésico de importante destaque diz respeito ao olhar. A grande maioria dos entrevistados não mantiveram contato visual com o entrevistador. O local mais comum de apoio visual eram as mãos, mesa ou gravador. Em poucos momentos da entrevista perpassavam o olhar em direção ao pesquisador. A dificuldade em se estabelecer contato visual é um forte indicativo de insegurança, acanhamento e fragilidade. Mesmo estando no ambiente de trabalho, o que geralmente proporciona maior segurança às pessoas, temas que não são cotidianamente discutidos, como a espiritualidade, geram sentimentos de desconforto.

Vale ainda ressaltar que 90% dos entrevistados, ao entrar na sala para entrevistas, encostaram a porta e se valeram de uma paralinguagem de baixo volume. Estes sinais demonstraram claramente que maioria não se sente a vontade para falar sobre questões espirituais, mesmo que desejem explicações sobre as mesmas.

*Eu acho, [pausa] é [pausa], **hã**, difícil **né**. Mas eu acho que espiritualidade é relativo a religião **né**. A gente precisa da religião para se apoiar, para acreditar em Deus(E32<sup>i</sup>).  
“Eu acho que espiritualidade está muito ligado com religião.*

---

<sup>i</sup> As letras E, T e A indicam, respectivamente, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem. O elemento numérico que compõe o conjunto, apenas indica a posição do discurso no desenvolvimento da técnica de análise de conteúdo.

*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 **né**, tem gente que segue essa linha [religiosa], tem gente que segue outra, então certos tipos agente consegue identificar conversando e tal, você pergunta a religião, muitas vezes você está ali, ligado...”(T24)*

Existem autores<sup>(32-33,37,41,78)</sup> que afirmam ser o dilema atual o estabelecimento de definições que proporcionem uma diferenciação entre Espiritualidade e Religiosidade. Este fato se deve, principalmente, por vivermos em um mundo rico em diversidades culturais, além, é claro, de que a humanidade experimenta uma das fases mais materialistas de sua história.

Conforme observado na estrutura discursiva a seguir, é possível notar que o fato de não se encontrar uma referência religiosa, expressa pelo verbal ou não-verbal (roupas, cabelos, acessórios), o profissional apresenta dificuldades durante o estabelecimento do vínculo, principalmente nas questões pertinentes as necessidades espirituais dos pacientes.

*“Para mim é a base de tudo, **né** [fé], por que já pensou, quer dizer, não ter uma religião, não ter [pausa] não ter o início de uma crença, de uma fé?!”.(T13)*

Alguns filósofos<sup>(116)</sup> propõem que o modelo Ocidental de religião é fundamentado no conceito monoteísta de Deus, onde Ele, Ser Supremo da criação, é responsável pelo destino dos homens, interligado a determinados modelos organizacionais do pensamento religioso. A característica fundamental do discurso da espiritualidade enquanto significado religioso pode ser observado nos discursos subseqüentes.

*“Eu acho que está ligado a crença e a fé. Crença e Fé [faz breve silêncio] e compreensão de Deus, do objetivo final que é Deus, né. Como eu sou católica, eu já disse, acredito na Santíssima Trindade. A gente crê em Nossa Senhora, crê é [pausa], crê que Jesus é o Salvador né, ele veio para salvar a gente, e o objetivo final que é Deus, né”.*(T03)

*“É, está ligado a fé. A fé para mim [pausa – seguida de mudança súbita no pensamento] eu que acredito em Deus, o Supremo, aquele que criou todas as coisas né. Deus deu o livre arbítrio para ela [pessoa]... por que eu acredito na bíblia e a bíblia falou muito do nosso corpo, né, o corpo seria a carne, o espírito e a alma, né”.*(T04)

Quando a entrevistada T04 fez a pausa para falar sobre a Fé, os sinais não-verbais observados foram um tanto quanto interessantes e indicaram a dificuldade em acessar no conteúdo mental e emocional, termos definidores para Fé do modo com que ela gostaria de tê-lo feito. Notou-se no momento da pausa, onde as mãos estavam entrecruzadas através das falanges, os olhos em movimentos rápidos e direcionados ao gravador e em seguida, quando ocorre a mudança no discurso, ela faz uma inspiração profunda, sem alterar postura corporal e recorre aos conteúdos de linguagem que melhor a asseguram de uma definição (bíblia e crença em Deus).

*“Eu acho que é acreditar em algo, né, que para nós cristãos é Deus, é Jesus né, e basear sua vida nisto. É como se você tem algo superior que você possa se apoiar em momentos de dificuldade. Acho que é isto”.*(T08)

*“Olha, espiritualidade para mim é a capacidade que o ser humano tem de acreditar, né [pausa] , de crenças religiosas, de acreditar em algo religioso, algo que vai além da vida terrena. Isto para mim é espiritualidade. Não sei se fui clara para você. Então assim, seria a capacidade que nós temos de acreditar no extra-terreno, né, então, assim, em alma, vida após a morte, reencarnação, então espiritualidade para mim seria isto. A capacidade que cada um tem de acreditar nessas situações né, nessa, [pausa seguida de mudança súbita de pensamento] e toda*

*religião na verdade, por que as religiões todas são baseadas para mim dentro disto, dentro de algo que não é provado **né**, só crendo” (E11)*

No discurso da entrevistada E11, durante a pausa que indica mudança súbita do pensamento, também foi constatada modificações no aumento da velocidade gestual e da entonação fonética ao dizer “e toda religião”, caracterizando assim a sobreposição enfática de uma opinião.

Segundo Durkheim<sup>(117)</sup>, as formas elementares da vida religiosas estão expressas no sentido do Divino para um significado existencial e tendem a direcionar uma vida regada pelo simbologismo religioso, que perdura deste as chamadas ‘civilizações primitivas’ e que tem como características primordiais as expressões cerimoniais/ritualísticas, um sistema organizacional pautado em regras específicas decorrentes do conjunto de experiências advindas através dos tempos pelos mais diversos traços culturais da humanidade.

De acordo com Koenig<sup>(118)</sup>, crenças religiosas e práticas ritualísticas a elas pertencentes são os mecanismos mais comuns que os pacientes 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.

Importante observar que o profissional de saúde recorre ao discurso religioso frente ao estado de fragilidade do paciente ou familiares.

*“Espiritualidade...quando a gente tem, abraça como uma fé, **né**. E esta fé, agente tem assim, início de transmitir esta fé para o Ser Humano, como no caso, o paciente que está com dor, que está deprimido, fora do seu lar **né**. Tá necessitando de cuidados. Então agente tende a superar isto dele, passando paz, dedicação, estimulando a fé que ele vai melhorar, isto ajuda*



*muito né, você pedir para ele confiar em Deus, né?!  
Então, 'confie em Deus que vai dar tudo certo, que você vai sair  
daqui bom, que você vai sair daqui curado. Porque o mérito é de  
Deus porque Ele quem nos criou né". (T01)*

Neste sentido, nos deparamos com o dilema ético amplamente discutido, que se faz agudo quando voltado para situações de instabilidade clínica. Dada 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<sup>(67,118-120)</sup>.

Em trechos do discurso anterior, observamos um dado comunicacional muito significativo. Silva<sup>(99)</sup> denomina esta característica discursiva como “falso apoio”, ou seja, uma forma ambígua de comunicação verbal onde o profissional expressa a insegurança frente uma situação que foge do seu controle e cujas capacidades de intervenções são limitadas. É possível traçar um paralelo nesta questão com um pressuposto que Florence<sup>(1)</sup> denomina de *discurso de conveniência*, sendo este um mecanismo utilizado por muitos quando desejam tangenciar um problema e não se expor na relação com o outro.

Transferir a responsabilidade a Deus pode gerar no paciente e família certa angústia, haja visto que neste momento da vida, os sistemas de crenças podem estar em conflito e qualquer indicativo religioso ou de falsa esperança pode interferir diretamente no enfrentamento da doença.

Alguns relatos posicionam a religião com um meio para que a espiritualidade seja atingida. Observamos nas transcrições seguintes, que a

influência religiosa é fundamentada basicamente na preposição da existência de Deus, ao qual todos buscam e que existe uma tendência à busca de um Deus com características humanas, visível e, de preferência, palpável.

*“Eu acho que é o meio pelo qual a pessoa encontra a paz. Entendo por isto. É difícil encontrar a paz, mas a religião traz isto, pelo menos para mim”.(E07)*

*“É uma coisa abstrata. E o que revela a espiritualidade para você é a sua fé. Se você tem fé [pausa seguida de mudança súbita de assunto] por que ninguém nunca viu Deus, **né**, 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, **né(...)**”(T12).*

*“Ha, eu acho que está muito ligado para mim um pouco com religião, acreditar em Deus, alguns mitos que a gente tem, eu acho que isto é espiritualidade. No meu caso, a espiritualidade está totalmente ligada à religião mesmo. Nas crenças que a gente tem dentro daquela religião que a gente acredita. No meu caso, eu sou católica, então eu acredito em Deus, procuro seguir os mandamentos da bíblia, acho que é isto”. (E21)*

Para Boff<sup>(121)</sup>, a religião tem apresentado, desde o desenvolvimento clerical e a sublimação do sistema capitalista, uma tendência à monopolização daquilo que é espiritual. Neste sentido, a imagem de Deus permanece na imanência e somente a religião teria a chave para chegar a Ele.

Nesta discussão, um filósofo<sup>(30)</sup> posiciona a espiritualidade longe do proselitismo autoritário e a aproxima do que ele denomina de “Espiritualidade Naturalizada”, capaz de arrebatá-la a humanidade em um sentimento capaz de construir relacionamentos mais nobres a partir de reflexões que envolvem aspectos da vida muito superiores à carreira, psicologia, posição social ou econômica. Para o autor<sup>(30)</sup>, esta espiritualidade seria uma maneira de apreciar

o mundo com mil maneiras de ritos, individuais ou coletivos, que permitam o pensamento livre, a fala sentida, o olhar transcendente e que invariavelmente rumam para a conexão de todas as coisas.

Ao verter o olhar para as estruturas narrativas que compõem os discursos até o momento apresentados, é notável o demasiado uso de elementos paralinguísticos (pausas longas com mudanças súbitas de assunto, uso dos recursos *né, hã, hum*) que caracterizam a insegurança dos profissionais em expressar determinada opinião sobre o tema. Talvez esta insegurança seja consequência do fato de os profissionais não serem preparados para lidar com as necessidades espirituais dos pacientes e não terem espaço para discutir essas questões em seu ambiente de trabalho. Essas características paralinguísticas foram observadas em vários discursos apresentados neste trabalho, assim como algumas demonstrações do comportamento cinestésico dos sujeitos no decorrer da entrevista.

Como visto, esta subcategoria entoa com os pressupostos cuja vinculação da espiritualidade a partir da idéia de religião é prevaiente em várias culturas. No contexto da saúde, esta vinculação pode resultar em severos problemas éticos caso não haja domínio, especialmente por parte do profissional, sobre os limites da utilização deste recurso como conduta para construção de um vínculo terapêutico junto ao paciente e família<sup>(111)</sup>.

Segundo Watson<sup>(81)</sup>, a qualidade das relações é o elemento essencial para um cuidado efetivo e, conforme observado, o sistema de crença tem influência direta no processo de construção do vínculo cuidativo. Qualquer

interferência negativa nas relações interpessoais que provoque limitação ou impossibilidade do contato pode ser considerada como um grave problema assistencial.

## II) Crença em uma Força/Poder Superior

Esta subcategoria traz à tona o significado de espiritualidade enquanto uma idéia de Crença em uma Força ou Poder Superior. Esta definição também é amplamente citada na literatura, um vez que o termo *Poder Superior* compõe o rol de atributos conceituais direcionados ao termo Espiritualidade. Geralmente advém dos sujeitos que não professam uma religião específica e buscam um sentido mais amplo para vida, afastados da vida religiosa e próximos a uma idéia amplificada de conectividade com todas as coisas<sup>(122)</sup>.

*“Para mim espiritualidade é você ter fé, é você acreditar em alguma coisa, em algo superior, você ter uma [pausa] eu acho que espiritualidade não se resume a religião, eu acredito que é uma fé, uma crença que você tem em um poder além do humano”.(T17)*

*“Hã, espiritualidade é aquilo em que você acredita, é, [pausa] há [pausa longa], espiritualidade tem a ver com fé, assim [pausa na fala], acho que 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 [ri]”.(T33)*

A primeira vista pode parecer um tanto quanto confuso a idéia de espiritualidade como uma crença e fé desvinculada do pensamento religioso. Para Spoto<sup>(123)</sup>, a Fé é uma atitude que diz respeito à realidade, ou seja, um modo de perpetuação da capacidade de imaginar, de formular novas perguntas para que sejam construídos novos sentidos para a vida. Este mesmo autor<sup>(123)</sup>

refere ainda que a Fé é um movimento silencioso, condição fundamental para o encontro com aquilo que no ocidente denominamos Deus, e o modo ritualístico de expressar a fé (rezas) faz com que a liberdade em contatar esta entidade superiora fique a mercê das práticas religiosas.

Outra característica que merece destaque, conforme observado no discurso a seguir, é a possibilidade de modificação do pensamento, partindo de um sistema de crenças para uma idéia melhor elaborada de Necessidades Espirituais. 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 no imaginário.

*“O que eu entendo por espiritualidade hoje é diferente do que eu entendia há alguns anos atrás. Hoje eu entendo por espiritualidade como uma relação que eu tenho com um Ser Superior, que eu chamo de Deus. Então uma crença que eu tenho com esse poder divino, é, tudo relacionado a isto eu entendo como espiritual. Já, há alguns anos atrás, para mim era sinônimo de religião. Hoje já não é mais. 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)

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 se assimila muito a esta estrutura categórica, uma vez que a matriarca da Enfermagem moderna utilizava o pronome masculino para se referir a Deus. Segundo Macrea<sup>(61)</sup>, Florence conceitua Deus como *Mente Divina ou Espírito Universal*, que transcende todas as limitações humanas, inclusive as questões de gênero.

### III) Bem-estar Espiritual

É notável na literatura o grande volume de estudos que tem tratado do tema Bem-Estar Espiritual. Certamente esta proposta conceitual tem levado pesquisadores a desenvolver instrumentos que possibilitem a verificação da influência da Espiritualidade sobre o Bem-Estar Espiritual na população doente<sup>(74)</sup>.

*“Espiritualidade para mim é sentir uma presença boa.  
“Eu acho que esta presença deva ser provavelmente de Deus, sabe.  
Eu acho que ele criou o céu, a terra e tudo o que nela há”.(T02)*

*“Ha, 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)*

Um importante pesquisador<sup>(124)</sup> no estudo de temas relacionados ao Bem-Estar, discute na psiquiatria a existência atual de uma desastrosa intenção, por parte dos profissionais que atuam nesta área, ao sugerirem abordagens terapêuticas que influenciem na qualidade de Bem-Estar dos pacientes, uma vez que estes fazem, para tal fim, uso abusivo de psicotrópicos ou condutas clínicas pautadas em demasiada consulta aos manuais de conduta clínica. Segundo o autor<sup>(124)</sup>, o modelo emergente na atualidade indica que as

peças terão felicidade e serão menos doentes se houver integração de métodos que ampliem a atenção às necessidades bio-psico-sócio-espirituais.

O autor<sup>(124)</sup> parte ainda da premissa de que as pessoas podem ser auxiliadas a desenvolver suas características pessoais e, assim, serem mais felizes ao reconhecê-las. Deste modo, serão capazes de “florescer”, desenvolver o senso de centralidade, aceitando suas limitações e lidarão melhor com seus medos e conflitos. Para que esta premissa seja efetiva, o sentido espiritual deve ser considerado como essencial, uma vez que a consciência humana não deve ser reduzida a um panorama materialista. Valorizar o Bem-estar Espiritual seria o primeiro passo para qualquer abordagem terapêutica, visto que nela está contido o propósito e sentido da vida para as pessoas.

Pode-se observar, então, nos discursos, que a idéia de Bem-Estar Espiritual proporcionaria aos sujeitos certo estado de benevolência. O fato de sentir-se bem e compreender esta sensação como provinda de fontes não-materiais tende a diminuir as possibilidades de desenvolvimento de problemas mentais, conforme apontado pelo psiquiatra<sup>(124)</sup>, uma vez que a Saúde, o poder, a fama e o dinheiro são condições humanas transitórias e que tem sido vetores dos piores quadros de desequilíbrio mental na atualidade.

Significar Dimensão Espiritual como estado de Bem-estar implica em atitudes de cuidado instrumentalizadas de recursos e habilidades muito mais comunicacionais do que abordagens mecânicas e medicamentosas.

#### IV) Atributo do Espírito

Esta subcategoria nos pareceu a que mais aproximação tem com o sentido etimológico do termo Espiritualidade e que compõe os atributos de Dimensão Espiritual. De modo interessante, esta não exclui as outras concepções. Fornece ainda conteúdo reflexivo de aplicabilidade nas estruturas categóricas apreciadas anteriormente.

*“Eu acho que espiritualidade vem do espírito, então eu acho que seja isto. É, eu particularmente acredito nisto, na vida após a morte”.(T14)*

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

*“Pra mim (...) pra mim espiritualidade é tudo aquilo que você vê dentro da pessoa. Não o corpo dela, sabe. Eu sou meio assim, [silêncio seguido de suspiro profundo e lento] como se fala, eu acredito nisto **né**, então para mim é aquilo que a gente não está vendo, não é o corpo da pessoa, mas o espírito dela. Por que muitas vezes a gente [corpo] pode estar doente, mas o espírito não”. (T29)*

Em relação ao primeiro discurso, é possível observar a dificuldade presente no desenvolvimento semântico para o termo *espírito*. A presença de pausas e utilização de termos que simplificam inespecificamente a idéia de Espírito, como por exemplo: *...é esta coisa...* ou *...é aquilo...*. Este fato pode estar associado ao demasiado preconceito relegado ao termo Espírito no decorrer da história da humanidade, em especial às guinadas científicas que o arrebataram em um sentido demasiadamente religioso.



Contudo, nesta questão está centrado o eixo fundamental que sustenta a base filosófica do cuidar em Enfermagem. Compreender a Dimensão Espiritual como atributo do espírito, implica em oferecer ao Ser Humano a característica inegavelmente transcendente e as atitudes do cuidar devem ter como objetivo a interação com esta dimensão.

Toda base teórica do Cuidado Transpessoal visa proporcionar aos enfermeiros, e profissionais da saúde de um modo geral, ferramentas intelectivas para que se estabeleça um envolvimento espiritual e quando este ocorre, existe a re-significação daquilo que é material para o verdadeiro sentido das interações humanas, que é o Espiritual<sup>(81)</sup>.

Neste contexto, identificada uma necessidade, por exemplo, de Comida e Líquidos, é possível programar a Assistência de Enfermagem em pelo menos duas dimensões: a biológica e a espiritual. Na relação biológica de cuidado, a comida é recurso primordial como fonte de elementos mantenedores do organismo. Entretanto, quando a necessidade de comida é compreendida e significada no patamar espiritual, muito mais do que necessidade de elementos orgânicos, está o vínculo afetivo entre as pessoas<sup>(81)</sup>.

Pensar no Espírito como unidade inteligente e foco da assistência, requer envolvimento interpessoal capaz de acessar a Dimensão Espiritual para perceber Necessidades Espirituais dos pacientes, o que implica no bom uso de uma postura, uma atitude de cuidar que transparece na forma, na maneira como os cuidados são prestados.

## **4.2 Formas de Percepção das Necessidades Espirituais e Necessidades Religiosas dos Pacientes**

Com vistas a contemplar um dos objetivos centrais deste trabalho, esta categoria elenca e discute os meios pelos quais os pesquisados percebem as necessidades espirituais dos pacientes. Como o próprio nome da categoria já apresenta, surgem formas de percepção das necessidades espirituais e das necessidades religiosas, visto que, como já expresso anteriormente, alguns entrevistados identificam estas necessidades de acordo com os recursos intelectivos e culturais que os instrumentalizam para tal. Fundamentalmente, dos discursos emergiram quatro sub-categorias que compõe o conjunto: o verbal, o não-verbal, a família e o histórico de Enfermagem.

A importância de identificar o modo com que as necessidades espirituais são percebidas, foi citada por Ross<sup>(125)</sup>, ao desenvolver um trabalho de pesquisa com vistas a identificar como oito pacientes idosos percebiam suas necessidades espirituais. De modo geral, os pacientes relataram que a hospitalização apurou a capacidade de percebê-la e eles identificaram que as necessidades espirituais estavam intimamente relacionadas às práticas religiosas, como ler a bíblia, ir à igreja e fazer as orações em casa. Apenas dois dos idosos pesquisados indicaram que ser aceito, encontrar sentido para a vida, outras questões sobre a vida e a morte e desenvolvimento moral eram necessidades espirituais percebidas. A autora<sup>(125)</sup> indica que a hospitalização é um importante fator a ser considerado nos estudos, uma vez que pacientes

referiram não perceber necessidades espirituais em casa, pois lá tem liberdade para executar ritos religiosos específicos.

Se a hospitalização parece acentuar a auto-percepção de necessidades espirituais por se tratar de um ambiente hostil, acrescido o fato da maior vulnerabilidade e fragilidade do doente, é possível então pensar que talvez os profissionais tenham certa dificuldade em perceber tais necessidades nos pacientes, por pelo menos quatro motivos associados: primeiro, pela evidência da dificuldade em compreender o que é efetivamente Dimensão Espiritual; segundo por estarem psicoadaptados ao setor onde trabalham, uma vez que os esquemas perceptivos estão geralmente ligados à forma, espaço e movimento. A peculiaridade destes perceptos é que, de modo muito particular, os observadores estão pouco conscientes da sutileza dos movimentos corporais e comportamento humano. Assim, a rotina diária de trabalho naturalmente direciona o senso perceptivo àquilo que será fonte de dados passíveis de intervenção.

O terceiro motivo, tem direta relação com as características pessoais dos entrevistados, uma vez que o conhecimento é culturalmente herdado e influencia no modo de valorização e interpretação simbólica dos signos emanados durante a comunicação interpessoal. E, uma quarta justificativa relaciona-se aos trabalhos administrativos que, por sua natureza, incitam o distanciamento entre profissionais e pacientes<sup>(78)</sup>.

## I) O Verbal

Em nossa sociedade, a comunicação verbal é o modo mais comum para se estabelecer contato com outra pessoa. Contudo, isto não significa ser ela a maneira mais eficaz<sup>(99)</sup>.

Observamos este fato nos discursos que seguem, uma vez que a maioria dos profissionais percebe através do verbal as necessidades religiosas e, não necessariamente, espirituais dos pacientes.

*“Ah..., geralmente nós todos temos necessidade espiritual [ri], independente da religião de cada um, a sua religião, passamos para o paciente, conseguimos tirar dele o que ele pensa, qual é o sentido, a fé que ele tem, se ele é católico, se ele não é, se ele é Testemunha de Jeová [silêncio] então a gente tem que respeitar todos os campos neste sentido. Então em conversa com os pacientes, geralmente na semi [Unidade Semi Intensiva] né...”(T01)*

*“(...) aí fica muito fácil, por exemplo, identificar um católico, por exemplo, é muito fácil por que as vezes eu estou esboçando um barulhinho, uma música da igreja, desde o século passado até este século atual, até os dias de hoje, se a pessoa for católica, ela sorri (...)”(A03)*

*“Pelo próprio paciente que te diz ou passa para você (...) às vezes no modo da pessoa falar algumas palavras, por exemplo, agente teve uma paciente que falava: “Paz do Senhor”, então você já sabe que era uma pessoa protestante, evangélica, entende (...) e as vezes até no modo dele falar você percebe.”(E05)*

*“Têm uns que expressam com palavras né: ‘gostaria que o líder espiritual viesse’, alguma coisa assim.” (T07)*

*“Sim, tem vezes que sim. Até por que a gente lida com vários tipos de pessoas, vários tipos de espiritualidade que surge né, tem gente que segue essa linha, tem gente que segue outra, então certos tipos a gente consegue identificar conversando, tal, você pergunta a religião(...)”(A24)*

*“Bom, quando o paciente fala, você até consegue identificar qual a religião dele (...)”(A32)*

*“Algumas vezes, sim. Olha, eu já vi muitos pacientes assim, principalmente idosos né, que chegam e vem falando muito em Deus (...)”(T14)*

*“(...)E se eu percebo que as vezes a pessoa é, (pausa) manifesta a vontade de falar, então ela começa a contar as coisas e, aí eu ouço (...)”(E22)*

Basicamente, os sinais verbais que indicam necessidades espirituais estão relacionados aos cantos e no modo de falar, típicos de comunidades religiosas específicas. O uso da palavra Deus também caracteriza o monoteísmo ocidental das religiões Cristãs.

Considerando que existe grande dificuldade por parte dos profissionais em conversar com os pacientes sobre temas relacionados à espiritualidade e até mesmo religiosidade, devido o despreparo em emitir e interpretar os significados dos elementos comunicacionais que compõe as figuras religiosas, parece prudente que os profissionais atentem para as verbalizações emitidas sobre religião e religiosidade e se dediquem ao esforço de manter os aspectos espirituais em foco, pois são eles os elementos do cuidado universal. Manter o foco religioso como centro do atendimento pode, porém, comprometer o zelo ético em acolher com cordialidade as mais diversas vertentes religiosas.

De acordo com Silva<sup>(99)</sup>, a percepção é um filtro condicionador da mensagem, sendo que ouvimos e vemos de acordo com o conteúdo que possuímos para codificar e decodificar mensagens que nos chegam pelos órgão dos sentidos. Assim, foi observado que todos os relatos supra citados remetem à identificação de necessidades com o prisma religioso, o que implica que os profissionais tendenciam em valorizar mais o que é religioso do que o

que consideramos espiritual, no que diz respeito, claro, ao acesso da Dimensão Espiritual dos pacientes por meio da comunicação verbal.

## II) O Não-Verbal

Pautado na premissa de que percebemos aquilo que estamos aptos a perceber, conforme os fundamentos de Silva<sup>(99,126)</sup>, os pesquisados explicitaram duas condições distintas, mas que se complementam, no modo não-verbal de percepção: uma autenticamente religiosa e outra não-religiosa que também pode ser entendida como espiritual ou não-material, conforme, respectivamente se observa.

*“Tem alguns pacientes que vêm com terços, santinhos, mas aqui é mais difícil. Tem muitos pacientes que vêm das cirurgias, aí eu acho que eles tiram [os terços], mas na outra UTI que eu trabalho tem mais, aqueles que trazem o santinho e penduram do lado do leito.”(E05)*

*“(...)eu percebo muitas vezes que (...)sempre tem na cabeceira do leito um terço, ou um santinho, um panfletinho, a bíblia até.” (T08)*

*“É, quando você tem pacientes evangélicos e que é(...), você percebe, olha no Box do paciente e vê aquele santinho, ou aquela coisinha da igreja, igual, hoje tem um paciente que tem no Box, tem um papelzinho lá: “Deus é amor”(…).”(T09)*

*“Aqui na UTI por exemplo, geralmente quem expressa esta necessidade [espiritual], por que tem uns que vem entubado, ele já vem com o rosário, ele vem com aquele santinho, é aquele santinho mesmo, né [ilustra com gestos fazendo o formato do papel], então, com aquele santinho(...)”.(T12)*

*“(...)se você passar por ali hoje, você vai ver, colado os santinhos do lado do leito(...)”.(T20)*

*“Se você passar nos leitos você vai ver ali esses santinhos pregados, as pessoas trazem ali imagens, gostam de orar, né(...)”.*(E21)

*“(...) a gente sente assim né, na beira do leito tem sempre um santinho que a família traz, uma correntinha, um terço que o paciente tinha em casa(...)”.*(E24)

*“(...)a família que traz terços, santinho, umas coisinhas, deixa lá do lado tudo, aí você já percebe que é uma pessoa que tem uma religião, que segue, que acredita naquilo(...)”.*(A30)

*“Quando é na UTI (...) a gente percebe os santinhos que ficam no leito dele né”.*(T33)

Os ornamentos religiosos (terços, santinhos, panfletos, bíblia) são, portanto, fontes não-verbais que indicam possíveis necessidades espirituais/religiosas por veicularem a fé e devem ser valorizados pelos profissionais, uma vez que predizem a importância religiosa do paciente ou da família. Não raras as vezes, os profissionais iniciam o contato com os pacientes através de âncoras comunicacionais, no caso, os símbolos religiosos, como observado no fragmento que segue:

*“(...) as vezes assim, você chega perto do leito para anotar alguma coisa, ou ajustar a bomba de infusão, ou outra coisa e aí o familiar está lá, parado, só olhando(...) então eu começo perguntando se ele trouxe alguma coisa que quer colocar perto do paciente...você sente quando ele quer deixar alguma coisa lá.”*(T10)

De acordo com Durkheim<sup>(117)</sup>, a religião, em geral, é evocada a partir das dificuldades que assolam os homens, através de sistemas de negociação. O Autor<sup>(117)</sup> acredita que este sistema de negociação com o “Supremo” teve seus princípios na mesma medida em que o homem desenvolveu mecanismos de organização mais complexos do pensamento, e existem fundamentalmente a

partir da expressão do conteúdo simbólico por meio de gestos, desenhos, cantos, entre outros movimentos ritualísticos característicos de cada vertente religiosa ou mística.

Outro grupo de discursos desta sub-categoria que merece destaque são os que indicam um tipo de percepção sensitiva como mecanismo de identificação de necessidades espirituais.

*“Eu sinto, eu sinto. Estas coisas assim, eu sinto. Que nem, assim, na Semi [Unidade Semi Intensiva], eu sentia que a pessoa que veio a óbito estar presente, próximo de mim, a pessoa toca no meu ombro. Eu sinto estas coisas. Até em casa eu sinto.”(T10)*

*“Consigno identificar quando eles estão muito tristes, eles estão perto da morte, eles sabem muitas vezes, apesar de muitas das vezes o médico não dizer ou agente não comunicar para ele que [pausa] assim [pausa] que ele não tem mais prognóstico; acredito que ele sente; que ele está precisando de um apoio, de um palavra de conforto né. As vezes tem paciente que fica rebelde.”(E16)*

*“Percebo pelo semblante, pela estabilidade clinica que ele fica, no sentido de, menos taquicárdico, menos hipertenso, menos agitado [pausa] e, é muito interessante às vezes, por que os meus colegas, é, acham as vezes isso meio estranho(...). Então eu acho que se o paciente está sentindo dor, de algum modo a Dimensão espiritual dele, dor física eu digo né, também está prejudicada, por que ninguém consegue ficar tranqüilo para conversar com Deus sentindo dor.”(E19)*

*“(...)eu consigo sentir [percepção das necessidades espirituais], então eu consigo sentir um “ar” diferente, o “ar” muda. Quando eu passo de um Box para outro, o “ar” daquele Box está diferente, o cheiro muda, o “ar” muda, mesmo que a pessoa esteja consciente e orientada, eu olho para ela e eu consigo perceber. Então uma pessoa, quando eu sinto um cheiro, eu não sei te explicar, mas quando eu sinto aquele cheiro e percebo aquele “ar” diferente e a pessoa fala assim para mim: “vem aqui”[silêncio], é na hora. Não tenho que esperar fazer medicação, não tenho que esperar nada, é na hora.”(E20)*



No momento dos relatos, foi factível a observação dos sinais não-verbais que complementaram a mensagem. Uma rica fonte cinestésica e paraverbal emergiu das expressões corporais emitidas pelos sujeitos. Exemplo disto, foi a postura e comportamento corporal do entrevistado T10. Ao relatar suas experiências sensitivas, houve o desvio do olhar em direção à porta (para validar que ela estava fechada) e inclinação para frente em direção ao entrevistador com afastamento da mesa (esta postura permitiu com que o sujeito ficasse com os antebraços apoiados nos membros inferiores). Ao referir que a pessoa que morreu (espírito) chegou perto dele e o toca no ombro, refez a cena sentado na cadeira, se valendo de movimentos curtos e lentos. Foi identificado piloereção (arrepio) durante boa parte da exposição do entrevistado.

Em especial neste caso, quando encerrada a entrevista, houve choro emotivo por parte do entrevistado que, pausadamente, apresentou mais relatos de casos parecidos. Disse ainda que o fato de não saber lidar com estas situações tem sido motivo gerador de angústias e receios, uma vez que estes fenômenos também acontecem em sua casa.

Outro exemplo que se faz importante citar, é o relato da E10, que durante toda expressão discursiva manteve o olhar compenetrado no entrevistador, se valendo de um posicionamento de vocal instigador e seguro. Ao relatar que sentia *cheiros* ou *ar diferente*, inspirava profundamente e utilizava gestos ilustradores. Elevava as duas mãos próximas às narinas, lentamente atritava as falanges distais umas contra as outras e após de alguns segundos, afastava as

mãos (mantendo os movimentos dos dedos) em sentido horizontal, como se o *cheiro* se dissipasse no ar.

Através destas observações, é possível indicar que existe fidedignidade nos relatos, pois resultam de experiências reais e que são, através da análise não-verbal, coerentes com a verbalização. Também nos chamou a atenção a verificação na condição da porta (fechada) por parte de um dos entrevistados. Este fato foi melhor contextualizado quando o gravador foi desligado e o sujeito da pesquisa relatou que tinha medo de conversar sobre estas coisas com alguns colegas por medo de ser chamado de louco ou desequilibrado.

É de se notar, que este grupo de discursos oferecem observações muito distintas do anterior no que diz respeito também à atenção ao não-verbal do doente e não se reduzem aos símbolos religiosos. Ficam nítidos alguns detalhes discursivos na comparação dos sinais não-verbais, como face de dor e alterações hemodinâmicas associadas à possível angústia ou necessidade espiritual.

O fato de alguns sujeitos relatarem experienciarem sensações que nem todos são capazes de perceber tem sido uma das questões amplamente exploradas e discutidas nas pesquisas sobre espiritualidade por parte da psiquiatria<sup>(127-130)</sup>.

Em um trabalho inédito no país, dois psiquiatras brasileiros em parceria com renomado pesquisador americano<sup>(131)</sup>, desenvolveram uma pesquisa substanciada por rigoroso desenho metodológico, que investigou a prevalência de psicose e experiências dissociativas em um grupo de médiuns do município

de São Paulo, uma vez que a literatura psiquiátrica indica que muitas experiências espirituais envolvem fenômenos psicóticos e dissociativos, o que dificulta a diferenciação entre o que são de fato experiências espirituais não-patológicas, do que são transtornos mentais.

Com base na análise dos perfis Sócio-demográfico, de Ajustamento Social e de Saúde Mental, os pesquisadores<sup>(131)</sup> evidenciaram que os sujeitos em questão tiveram alto nível sócio-educacional, prevalência para desenvolvimento de transtorno mental estatisticamente não representativo e altos índices de ajustamento social.

Corroborando com este raciocínio, o trigésimo quarto volume da Revista de Psiquiatria Clínica dedicou toda uma edição ao tema Espiritualidade e Saúde Mental, dada a relevância e alto volume de trabalhos a serem desaguados na área de pesquisas com esta temática<sup>(132)</sup>.

Ao retomar a análise não-verbal anteriormente iniciada, é possível ainda observar a percepção dos sinais físicos (face de dor, contração muscular, cheiro etc) como indícios de necessidades espirituais ou sofrimento espiritual. De acordo com os fundamentos do Cuidado Transpessoal, estes sinais emitidos pelo corpo devem ser valorizados e significados como arremedos do espírito, conforme pressuposto no décimo *Carative factor*, onde o reconhecimento da existência de forças fenomenológicas-existenciais-espirituais são responsáveis pela integralização do Ser Humano e são capazes de fornecer subsídios para a compreensão do sentido da vida, ofertando assim, suporte para enfrentamento de questões conflituosas e geradoras de insatisfações.

### **III) A Família**

É fundamental, no cuidado intensivo, compreender a família como extensão do doente. Conforme evidenciado neste estudo, a família apareceu como fonte de informações sobre possíveis necessidades espirituais e religiosas dos pacientes.

Pesquisadores<sup>(55)</sup> da Universidade de Ghent e da Universidade de Amsterdã, em um estudo de revisão sobre necessidades e experiências de famílias com membros adultos internados em unidade de terapia intensiva, dividiram os achados em quatro categorias de necessidades: Cognitivas (necessidades de informações diárias sobre o quadro clínico do familiar), Emocionais (a esperança, conversar sobre sentimentos ruins e não se sentir sozinhos), Sociais (ter relacionamentos com as pessoas, manter amigos próximos e conversar com outros familiares), Práticas ou Funcionais (visitas flexíveis, cafeteria, telefone, sanitários etc). Os autores<sup>(55)</sup> citaram que familiares com membros internados por trauma e neuropatias consideraram o suporte espiritual relevante. Este motivo decorre do fato de que esses pacientes eram, em geral, mais jovens e os eventos de doença foram agudos.

Neste estudo<sup>(55)</sup>, os familiares foram citados como fonte de informações e atitudes sobre as necessidades religiosas e espirituais dos pacientes, independente da idade, sexo ou motivo da internação, dada a diferença cultural e religiosa de nosso país.

*“Na UTI as vezes os familiares expressam bastante. Sempre deixam alguma coisa no leito do paciente, demonstrando a necessidade de Deus, ou de algo que eles acreditem que esteja agindo naquele momento, ajudando para que seus familiares melhorem(...)”.(E08)*

*“ (...) geralmente quem expressa essa necessidade do paciente é a família, por que a família aqui é muito presente.”(A12)*

*“...se o paciente fala, ele verbaliza e expressa que ele tem essa necessidade [espiritual], e aqui na UTI isto nem sempre é possível, e aí o ponto de referência mesmo acaba sendo a família, né, a família acaba dizendo algumas coisas...”(T18)*

*“Eu procuro perguntar para a família se o paciente tem alguma crença religiosa, é, se dentro dessa crença religiosa teria alguma pessoa que pudesse vir conversar, nisso o nosso processo de Enfermagem ajuda bastante por que sempre que o paciente interna, a gente acaba perguntando qual é a religião, então, muitas vezes se o paciente é católico, é protestante, eu peço para a família se tem um padre, um pastor que possa conversar(...)”(E19)*

*“Dependendo do paciente eu vejo que não; a gente lida muito com o paciente entubado, sedado, então, ele não vai falar para você, aí eu vejo a necessidade da família (...)”. (E20)*

*“Eu consigo mais através dos familiares do paciente. A gente mexe mais com paciente sedado, entubado, então é mais através dos familiares. Você percebe quando os familiares tem uma vida espiritual ativa eles são mais tranqüilos, menos ansiosos e os pacientes também são assim”. (T26)*

*“Quando é na UTI a gente fala mais com a família, ou percebe os santinhos que ficam no leito dele né”. (T33)*

Em alinhamento com estas perspectivas, uma enfermeira americana<sup>(133)</sup> propôs dois instrumentos com vistas ao acesso e abordagens espirituais para famílias de pacientes em Unidades Críticas, onde as informações sobre Espiritualidade coletadas devem ser valorizadas, interpretadas e direcionadas prioritariamente

no plano de cuidados, pois sem elas, segundo a autora, a Enfermagem negligenciaria a faceta mais importante para a prestação do cuidado integral. Os instrumentos adaptados consistem basicamente em dois guias ou roteiros, sendo um para acesso espiritual (um apanhado de 35 questões) e outro para intervenções espirituais, constituídos de práticas que permitam um suporte espiritual, Bem-estar Espiritual, entre outras providências.

Em um outro estudo com famílias de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva, enfermeiras suecas<sup>(56)</sup> identificaram que Enfermeiras de UTI acreditavam que a família é fundamental no processo de internação dos doentes, contudo, quando não são orientadas, acabavam por dificultar o processo de Enfermagem. As pesquisadoras<sup>(56)</sup> identificaram que quando menor a interação entre equipe e família, maiores são os transtornos na internação. Nas questões relativas à espiritualidade e religiosidade, as famílias apenas verbalizam estes dados quando sentem-se suficientemente valorizadas e percebem que o que disserem terá, efetivamente, utilidade no cuidado dispensado ao doente.

#### **IV) O Histórico de Enfermagem**

O Histórico de Enfermagem foi citado nos discursos como fonte de dados registrados para identificação de necessidades espirituais dos pacientes. Contudo, observamos que o histórico parece fonte confiável apenas para dados sobre a religião do paciente e não, necessariamente, se remonta a explicitação de dados mais apurados sobre questões espirituais.

*“Claro; como nós temos (...) o histórico de Enfermagem, tudo nós perguntamos, até a questão da religião, se é praticante ou não, (...)”.(E04)*

*“(...)o nosso processo de Enfermagem ajuda bastante por que sempre que o paciente interna a gente acaba perguntando qual é a religião, então, muitas vezes se o paciente é católico, é protestante eu peço para a família se tem um padre, um pastor que possa conversar(...)”.(E19)*

*“(...) outros, que a família não relata nada e a pessoa está inconsciente, não tem como a gente estar sabendo se ela tem ou não religião, talvez pelo histórico de Enfermagem que a gente colhe quando a pessoa interna, essa é uma das perguntas, se tem religião ou não. Em geral é. A maioria é católico não praticante”.(E30)*

Enquanto veículo de registro de informações, o Histórico de Enfermagem deve contemplar questões sobre Religiosidade e Espiritualidade. Contudo, em Unidades Críticas, onde o paciente geralmente interna com alterações importantes em sistema nervoso central, ou outras condições agudas de doenças cuja incapacidade de verbalização está presente, o registro dessa informação estaria prejudicado. A família, como visto anteriormente, pode ser vetor desta informação para registro, porém, nem sempre se efetivará como um dado fidedigno, haja vistas que por vezes o familiar poderá identificar o paciente com alguma religião que não seja efetivamente a dele.

### **4.2.3 A relação entre a Comunicação Interpessoal e a Identificação das Necessidades Espirituais**

Conforme observado em todas as categorias apresentadas e discutidas, existe uma relação inseparável entre dimensão espiritual e as ferramentas comunicacionais que caracterizam a existência humana. Neste sentido, esta categoria, composta por três subcategorias: a relação mecanicista, o verbal e, por fim, o não-verbal, objetivou clarificar o modo com que as relações interpessoais relacionadas às questões sobre Dimensão Espiritual e Religiosidade ocorrem quando o *setting* comunicacional é uma unidade crítica de cuidados em saúde.

Prefaciando a apresentação das subcategorias, é imperativo um esclarecimento mais geral entre Comunicação Interpessoal e Necessidades Espirituais. De acordo com Silva<sup>(99)</sup>, a viabilização da interação das pessoas com o meio, com outras pessoas e consigo, apenas é possível através da comunicação. Para tal, inúmeros fenômenos de ordem biológica, psicológica, social e também espiritual se fazem presentes. Na comunicação interpessoal, que decorre da interação face a face, o objetivo é o entendimento da realidade ou da situação que está ocorrendo, a “troca” com o outro e a transformação de si mesmo e da realidade que nos cerca, o que prediz a aptidão em perceber as necessidades espirituais a partir de elementos tanto biológicos, quanto sociais e psicológicos, uma vez que o cuidado transpessoal requer relações empáticas.

É possível, então, compreender que a tarefa da equipe de Enfermagem, a todo momento, é captar os sinais emitidos pelos pacientes, decodificá-los, e a



partir de então, fornecer um *feedback* adequado. A esse *feedback* podemos nomear Cuidado Eficiente, entendendo ainda que o Cuidado Eficiente não diz respeito apenas às afecções, mas especialmente ao entendimento da identidade bio-psico-sócio-espiritual que individualiza cada Ser Humano.

Nesta perspectiva, pensar Necessidades Espirituais remete à compreensão de que estas são fenômenos da comunicação percebidos mais eficientemente em níveis mais elevados de consciência, onde os sentidos, o toque, sons, palavras, cores e formas são captados em frequências dinamizadas pelo desejo de compreender o outro em sua própria individualidade.

### **I) A Relação Mecanicista**

Esta subcategoria emergiu a partir de discursos que valorizaram a influência negativa da rotina da unidade no modo de percepção das necessidades espirituais dos pacientes.

*“Tem pessoas que, tanto enfermeiros até, como auxiliares, técnicos, que eles fogem disto [do assunto Espiritualidade]. Eles não conversam muito com o paciente. É simplesmente fazer a evolução, simplesmente, é, preparar uma evolução, conversar: “tá com dor, tá sem dor”, “tá com algum tipo de desconforto”, é só isto. Isso eu percebo no dia-a-dia. São poucos o pessoal que se preocupa com isto, que vê este lado [espiritual], pelo menos na minha vivência né”.*(E04)

*“A gente não para prá pensar [pausa], se você for ver, se eu for bem sincera com você, a gente fica mais no material, fica mais nesta parte de ver a parte de sinais vitais do paciente, de como o paciente está, principalmente paciente de UTI, então você não pensa muito nesta parte espiritual, principalmente por que a gente não vê isto na faculdade. Vou ser bem sincera para você; eu não vi isto na faculdade. A gente não mexe muito*

*com isto. Você fala um pouco disto quando fala um pouco de dor, alguma professora acaba pontuando um pouco esta parte. Eu acho que é importante o Enfermeiro do setor identificar e dar um pouco de suporte ao paciente”.(E06)*

*“Muitas vezes a gente está mais voltado para o cuidado [técnico], muitos conversam assim, conversas ,tipo, da família, perguntam como está, tá ansioso, tá preocupado, mas raramente vejo alguém perguntar é, você quer fazer uma oração, você quer, você quer que eu peça para alguém da sua família pedir um padre, pedir um, um membro religioso para estar vindo aqui”. (...) No dia a dia, principalmente na UTI porque é uma unidade tão técnica, né, tão cheia de aparelhagem que você acaba se preocupando com tantas outras coisas que, acho que nem é por maldade ou por [pausa] é coisa das circunstâncias mesmo, tipo hã, tem tal aparelho, vários procedimentos invasivos, que às vezes exige sua atenção, que exigem vários cuidados que acaba se perdendo um pouco este lado [espiritual].” (E08)*

*“O serviço aqui tem o lado mecânico né, você cria um jeito de trabalhar. Às vezes deixa você até mais duro, mais difícil né, você lida com pessoas cada uma de um jeito, tem empatia, tem a pessoa que você gosta, tem a que você tolera, tem a que você já não tolera tanto”. (T15)*

Uma característica não-verbal interessante na apresentação dos discursos que compõe esta subcategoria foi o fato de que os entrevistados se valeram de movimentos corporais rápidos, curtos e direcionadores para articular o discurso. Corporalmente se mantiveram eretos e estáveis na posição inicial (sentados com o uso do encosto posterior da cadeira e com antebraços apoiados sobre a mesa e as mãos sobrepostas). As variações nesta posição se deu através do cruzamento dos braços junto ao tórax, indicando postura fechada, e também gestos ilustradores de escrita, especificamente no discurso E04, quando a entrevistada relata (...) *é simplesmente fazer a evolução(...)*.

O *setting* tecnológico que caracteriza os cuidados intensivos pode ser caracterizado como altamente dotado do que Silva<sup>(99)</sup> denomina Ruídos da Comunicação Hospitalar, ou seja, se o foco do relacionamento interpessoal é o outro, fatores ambientais, no caso, monitores, ritmo acelerado, muitos equipamentos, bloqueio pessoal frente a sentimentos que o profissional não aborda (por desconhecimento ou por desinteresse), caracterizam elementos que influenciam negativamente as relações humanas, bem como o uso inapropriado de linguagem técnica com não-técnicos.

Alguns profissionais indicaram, conforme os discursos que seguem, que a persistência em manter o foco do cuidado centrado no Ser humano, nas relações pessoa-a-pessoa, requer vigilância constante e força de vontade suficiente para não se deixar alienar pela tecnologia, uma vez que a rotina diária de monitorização invasiva e não-invasiva favorece o mecanicismo relacional, onde o paciente se torna um conglomerado paramétrico.

*“(...) você falar de tempo é muito relativo, por que você arruma tempo para fazer tudo o que você precisa. Então, é verdade que você tem que prestar atenção nos parâmetros hemodinâmicos e fisiológicos do paciente em terapia intensiva? Sim. mas eu acho que não é só isso. Eu acho o que falta um pouco na equipe de enfermagem é muitas vezes um insight, sei lá, uma atitude, é, uma, aquela historia de se colocar na frente e fazer o que tem que se fazer, sem achar que isto é papel do outro. Então na enfermagem tem muita, é, medicação, é banho, é conforto, é isso, é aquilo, então é meu papel. Há, assistência espiritual, isso é coisa do religioso; é apoio psicológico é coisa do psicólogo, é, o paciente está com fome, chama a nutrição. E não é bem assim, eu acho que agente tem como ajudar, mas também depende da boa vontade”.(E19)*

*“(...) a gente que trabalha muito tempo em UTI [17anos], as vezes você se vê um pouco meio frio assim, meio prático demais com as coisas, então, de repente você para, se policia um pouquinho e fala: “não, pêra aí, deixe eu conversar um pouquinho mais com ele, deixe eu pegar na mão dele”. (T29)*

*“Vira e mexe eu dou minhas rezadinhas aqui com os pacientes que eu vejo que estão meio tristes, mas assim, com os que falam comigo eu até rezo. Quando o paciente está entubado, sedado, aí eu não fico rezando ali sozinha não. Tem que ter alguém falando junto comigo”. (E32)*

Conforme destacado, demanda certo esforço e vontade manter determinada lucidez ou consciência comunicacional na Unidade de Terapia Intensiva, uma vez que a rotina tecnicista possui alta capacidade de alienação humana, direcionando o foco de percepção dos profissionais aos sinais sonoros e visuais dos equipamentos.

Entretanto, conforme sugere Silva<sup>(99)</sup>, para um comunicador em alerta, estes sinais podem ser indicativos de uma resposta emocional à determinados estímulos. Exemplo disto pode ser encontrado nos inúmeros relatos de casos descritos e falados por pessoas de ampla experiência na área de tratamento intensivo, ou que já tiveram familiares internados nestas unidades. São casos onde o doente está em estado de coma profundo e, não menos raramente, em morte encefálica, que, ao receberem visitas de seus entes mais queridos, ouvir suas vozes, receber o toque ou perceber a simples presença, os monitores acusam alterações da dinâmica elétrica do coração, da respiração, podendo ou não estar acompanhada de sudorese facial e algumas lágrimas<sup>(134)</sup>.

Para que ocorra este nível de reconhecimento, conforme proposto por Watson<sup>(81)</sup>, é preciso que os profissionais potencializem a interação com os pacientes, entrando em contato com o mundo subjetivo que compõe as duas individualidades comunicantes ou *espaços subjetivos*.

## II) A Relação Verbal

As relações verbais com os pacientes foram propostas como fonte única de informações sobre o conhecimento da religião e necessidades acerca da presença do religioso, na maioria dos discursos. De acordo com os referenciais adotados para este trabalho, nenhum discurso foi elaborado de modo que se pudesse extrair identificação de necessidades espirituais a partir da relação verbal.

*“Então, em conversa com os pacientes, geralmente na semi [Unidade Semi Intensiva] né, na UTI muitas vezes eles estão entubados. Mas também quando eles saem do tubo conversam normal”. (T01)*

*“Eu acho que quando, tipo, você assim, como a gente cuida de um monte de paciente entubado, sedado, essas coisas eu acredito que seja um pouco mais difícil de a gente estar conseguindo observar. Quando o paciente não está sedado e você consegue conversar, contatar com ele eu acho que isto é um pouco mais fácil de se conseguir observar, né. Então a gente sempre pergunta, eu pergunto, se ele tem alguma religião, se ele tem alguma crença, aí eu falo: “acredite, vai melhorar”, né, eu acho que é assim. Mas com pacientes sedados é mais complicado”. (T17)*

*“Percebo que eles se sentem acolhidos, com confiança [quando existe o contato verbal sobre religião]. Agora, quando o paciente está entubado tem uma limitação. Fica mais difícil”. (E04)*

*“Agora, quando ele não [pausa] que nem nós, que estamos na UTI com pacientes muitas vezes não estão conscientes, fica meio complicado, eu acho. Mas quando ele tá consciente, quando ele fala, ele se expressa [pausa] geralmente ele fala né, fala a religião dele, no que ele acredita, no que ele não acredita”. (E05)*

*Eu acho (...) você acaba percebendo um pouco aquele paciente que [pausa], que as vezes fala um pouquinho dele, ou às vezes começa a falar que ele vai morrer, que Deus não olha mais para ele, que está afastando de tudo, daí você, eu, começa a entrar um pouco por esse lado. Mas se a pessoa não fala nada, não, eu não consigo perceber sem a pessoa também conversar comigo, o paciente falar alguma coisa”. (E06)*

*“Na UTI [longa pausa, olhos desviantes], na UTI é um pouco complicado porque muitas vezes os pacientes estão entubados, com sedação, muitas vezes não expressam essa necessidade, mas na Semi [Unidade Semi-Intensiva] por exemplo, eu percebo muitas vezes que os pacientes tem (...)”. (T08)*

*“Eu diria que assim, eu não [percebe as necessidades espirituais]. Eu acho que nem todos sabem, até por que na UTI, a maioria está muito tempo sedado, né, então, seria uma situação que não teria como você trabalhar isto. Mas eu acho, que acho que o paciente consciente, na UTI, né, ou na Semi, ou em qualquer clínica, ele tem uma necessidade muito grande de trabalhar essa espiritualidade, mas quando eu te digo que não me sinto capaz para isto, porque eu acho que teria que ser uma pessoa especialista nisto. Assim um religioso mesmo, padre ou uma freira, uma ancião, um missionário, ou um espírita, teria que ser isso”. (E11)*

Como observado, existem elementos discursivos indicadores de que a relação verbal parece apresentar sérias manifestações de limites comunicacionais entre equipe e paciente, no que diz respeito ao acesso à dimensão espiritual, uma vez que os profissionais referiram que na ausência da verbalização a limitação do cuidado é expressiva.

A este respeito, enfermeiras brasileiras<sup>(98)</sup>, em trabalho pioneiro sobre comunicação com pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva, constataram as limitações que a restrição da comunicação verbal implica para o

cuidado, mediante a não responsividade verbal do doente e sugerem que estas limitações tem se tornado elementos geradores de tensão e conflitos pessoais nas relações de cuidado.

Neste aspecto, Rodrigues<sup>(43)</sup> indica, sob o prisma da antropologia da comunicação, que, em sociedade, todos esperamos das outras pessoas certa vivacidade ou motivação pela vida e pelas coisas para que o reconhecimento humano ocorra e as trocas sejam efetuadas. Entretanto, a grande maioria dos comunicantes valoriza mais o canal verbal como meio de manifestação/reconhecimento dos estados de ânimo e pouco observam as relações não-verbais que compõe o fenômeno comunicacional pessoa-a-pessoa.

Assim, o autor sugere<sup>(43)</sup> que desconhecer os princípios das relações não-verbais que efetivamente caracteriza uma cultura, implica na tardança do reconhecimento dos valores e da essência humana, uma vez que a simples presença do outro é a congruência de passado, presente e, certamente o futuro.

Estabelecer características que possam definir necessidades espirituais ou até mesmo necessidades religiosas por meio da comunicação exclusivamente verbal, demonstrou gerar dados insuficientes, incapazes de fundamentar a assistência e de promover o adequado vínculo que sustenta e caracteriza as relações interpessoais do cuidado em saúde.

Por outra via, se houver a compreensão de que a linguagem não-verbal, quando conhecida e praticada, permite a captação de sinais comunicacionais

que são emitidos pelo corpo, mas cujos estímulos advém da Consciência Espiritual, será possível estabelecer uma relação empática mais duradoura e eficaz na detecção de necessidades advindas desta Consciência, ou espirituais.

### **III) A Relação Não-Verbal**

Esta subcategoria emergiu de conteúdos discursivos que remontam as minúcias da comunicação humana. Trouxe fortes indícios, não do que os pacientes e familiares referiram verbalmente, mas o que o não-dito (o significado da doença, o medo da morte, da dor e o próprio sentido da internação em unidade de terapia intensiva) manifesta no imaginário das pessoas.

Bandeirante nos estudos da comunicação não-verbal na saúde, em especial na Enfermagem, Silva<sup>(99, 135-136)</sup> indica que esta forma de manifestação da comunicação envolve todos os órgãos dos sentidos e pode independe da verbalização. Segundo a autora, o não-verbal se vale de três estruturas de suporte: o corpo, os artefatos ou recursos utilizados pelo homem e a disposição dos sujeitos nos espaços físicos. Neste sentido, ações, movimentos do corpo, postura, toque, sinais vocais, espaço entre os sujeitos, entre outros, são elementos da comunicação não-verbal.

Conforme discutido na categoria anterior, de que a comunicação verbal não parece ser a melhor maneira de acessar a dimensão espiritual dos pacientes em unidade de terapia intensiva, cabe nesta subcategoria uma discussão mais incisiva no sentido de explorar as potencialidades da



comunicação não-verbal na identificação de necessidades espirituais destes pacientes.

Em alinhamento com este pensamento, enfermeiras americanas<sup>(137)</sup> posicionam a Enfermagem em duas facetas que se complementam: ciência e arte do cuidar. Enquanto ciência, os avanços tecnológicos a tem direcionado ao rápido crescimento rumo à informação global. Como arte, enfatizam a prática do atendimento das experiências humanas, sejam elas o nascimento, a dor, o sofrimento ou a morte. Este atendimento se pauta nas relações de cuidado centrada na valorização do não-verbal, uma vez que o corpo é a imagem ou o estado-da-arte que o paciente esculpiu até o presente momento e sua existência e o papel do Enfermeiro é centrado na apreciação, compreensão e cuidado da obra da vida dos sujeitos, com vistas à interidade pessoal e respeito profundo das limitações humanas.

Com estas premissas, é possível apreciar os discursos que se seguem:

*“É, por que a família traz água-benta, traz um monte de coisa por que o povo fica meio desesperado, né. O pessoal desespera. Falou em UTI o povo arrepiado todo o cabelo, fica doido”.* (T12)

*“Eu acho que influencia o modo, o [pausa] eu trabalho, a rotina do meu dia-a-dia, o modo como eu sou, o modo como eu exerço o meu trabalho e o que eu priorizo para os meus pacientes; por que todas as vezes que eu vejo um paciente, que eu identifico que tem alguma necessidade espiritual ou psicológica, de alguma forma eu penso que poderia ser eu, a minha mãe, ou alguma pessoa que eu amo muito naquele lugar eu penso: “o que eu poderia fazer para ajudá-lo nessa situação?”. Eu acho que isto vai muito dessa história, da crença de um poder superior. E por outro lado também, eu acho que é isso, a minha crença em um poder superior que me ajuda a enfrentar o dia-a-dia do trabalho, por que assim, não é fácil você trabalhar o tempo todo com o sofrimento das pessoas, por que você não vê ninguém feliz aqui na UTI (...)”* (E19)

*“Todo mundo sofre não é mesmo. Se quando a pessoa fica doente ela já promete um monte de coisa, imagine quando ela vem para uma UTI! Aí é que vira santo de vez...parece que as pessoas ficam mais assim... sensibilizadas quando entram em uma UTI (...) tanto o paciente quanto a família, aí a gente tem que olhar este lado [espiritual] deles”. (E31)*

*“Por que eu acho que dá um pouco de auxílio assim, acho que é um bálsamo, um socorro, por que por mais que o homem tenha a ciência, tenha todo o conhecimento, eu acho que Deus vem sempre em primeiro lugar. Principalmente quando ele [homem] está apertado mesmo né, que está ali no leito de enfermidade, no leito de morte. Então UTI é isto né, um pé para vida e um pé para morte, ta ali, os dois pezinhos, então você tem que estar atento a tudo”.(T13)*

*“(...) quando você tem uma enfermidade, quando você vai passar por uma cirurgia, você tem medo. Você vai para uma mesa de cirurgia você tem medo: “será que eu saio de lá?”, porque geralmente as pessoas não tem muita informação né. (...) o medo de morrer é muito forte nas pessoas, porque, por que eles, nós desconhecemos o outro lado né.”(T01)*

Ao analisar o conteúdo dos discursos elencados, é notável que os profissionais captam os signos não-verbais, contudo existe certa dificuldade na elaboração consciente dos importantíssimos significados que os compõe.

No primeiro discurso, por exemplo, existe o reconhecimento do ameaçador cenário da UTI para o paciente e família: *Falou em UTI o povo arre pia todo o cabelo, fica doido*. Mas o conjunto discursivo lida com a informação *água-benta* e *desespero* de maneira usual e comum, não valorizando estes sinais comunicacionais como ferramentas importantes para o cuidado. Para muitos, a *água-benta* pode ser o veículo de construção de um vínculo importante de cuidado, e o que é apresentado como *desespero* apenas poderá ser reconhecido como tal a partir da junção das totalidades dos sinais não-verbais que caracterizam este fenômeno (excesso de contratilidade dos

músculos faciais, gestos curtos e rápidos, uso excessivo de gestos enganadores, por exemplo).

A influência do ambiente como fonte geradora de insegurança, medo e angústia é citada na maioria dos discursos. Se o ambiente *per se* é elemento não-verbal de interações humanas, observa-se que na unidade de terapia intensiva existe um problema duplo: instabilidade para o paciente e para família, mas também para o profissional, que supervaloriza os elementos estressores e demonstra dificuldade em compreender a razão de seu papel naquele exato momento, com aquelas pessoas, ou seja, em um encontro interpessoal<sup>(138)</sup>.

Neste sentido, Watson<sup>(81)</sup> refere que o *Momento Presente*, quando duas subjetividades se encontram em uma relação de cuidado, nem sempre necessitam de verbalizações explicativas, mas, fundamentalmente, do silêncio acolhedor e compreensivo que expande os limites das capacidades humanas. Quando então esse momento ocorre, é estabelecido o que a autora denomina de *Ocasão Atual de Cuidado*, ou seja, uma relação de profunda compreensão da condição humana.

É perceptível ainda no discurso que se segue que as dúvidas existenciais e as abordagens comunicacionais do profissional são indicativas de dificuldades de direcionamento dos sentimentos para atitudes cuidativas melhor potencializadas, e que se transformem em fonte de ânimo e de um cuidado ainda mais pleno.

Watson<sup>(81)</sup> expõe essas questões no quinto *Carative Factors*, que prevê a promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos dos

profissionais de saúde, uma vez que estes sentimentos são norteadores do comportamento humano. Desenvolver este fator na equipe de Enfermagem demonstraria alto senso de amadurecimento de todo o grupo, onde o acolhimento mútuo potencializaria as atitudes cuidativas.

*“Muitas vezes é um tipo de paciente que está cansado de viver aqui no leito hospitalar, não vê a hora de morrer. Recentemente, um mês ou dois, eu tive um paciente aí que só falava “eu vou morrer, eu vou morrer, eu quero morrer”, sabe, a gente tenta dar apoio psicológico, mas assim, de que maneira [longa pausa] eu não, sinceramente, eu não encontrei respostas para mim, de que maneira vou conseguiu ajudar nisto que ele está falando. Apoio psicológico é uma coisa, a gente até tenta, né, mas sinceramente Ramon, eu não sei como ajudar”. (E14)*

*“Há sim. Sabe, eu acho assim, geralmente ninguém pede para ficar doente, né, ninguém pede; mas no leito de dor, eu acho que é mais fácil as pessoas chegarem a Deus, você entendeu, por que ali você tem tempo de meditar sobre sua vida, o que você fez de certo, de errado, o que você gozou, o que você deixou de fazer, o que você poderia ter feito e não fez, então ali é o momento que a pessoa se chega mais a Deus”. (T23)*

Fica evidente nesta subcategoria que o foco não-verbal na identificação de necessidades espirituais não é direcionado ao paciente, mas transferido, principalmente para o meio, o sofrimento e o medo da morte, uma vez que nem sempre o profissional sente-se seguro em estabelecer um contato não-verbal mais consciente com os doentes, ou por não conhecer as peculiaridades desta modalidade de interação e/ou pela demasiada psicoadaptação à alta tecnologia que permeia os cuidados intensivos. Tangenciando esta discussão, Watson<sup>(81)</sup> prevê, no oitavo *Carative Factors*, a necessidade da provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de apoio proteção e/ou corretivo, onde

as variáveis dispersivas do foco do cuidado seriam identificadas e priorizadas de acordo com as necessidades mais emergentes.

A título de ilustrar a diferença na qualidade de observações e interações não-verbais, onde o foco é direcionado para acessar uma dimensão mais profunda, segue o discurso:

*“(...) principalmente na UTI que as pessoas quase não falam, é um toque, muitas vezes eu chego, coloco as mãos na cabeça do paciente, faço sinal da cruz e rezo um Pai Nosso, rezo uma Ave-Maria. Eu sinto que a pessoa tem um semblante mais tranqüilo a partir daquele momento, às vezes acontece até o óbito. As vezes eu pego um plantão e falam: “ó, o paciente está assim, assim e não ‘vai’(morrer)” ; então eu rezo um Pai Nosso, uma Ave Maria para iluminar o caminho, dentro de duas horas o paciente vai a óbito. Não sei se foi coincidência ou se foi as orações. Isso me leva a entender que você pode levar conforto espiritual para as pessoas que precisam. Eu as vezes não estou bem preparada, não chego nem perto dos pacientes. Às vezes você não está bem psicologicamente e espiritualmente [suspiro], você está frágil e quando você está frágil, você também não pode chegar próximo a pessoa que vai captar toda essa sua energia, que toda sua parte espiritual que você fica sensível também”. (E25)*

Durante a exposição do discurso, foi possível observar uma fala pausada, com gestos ilustradores, por exemplo quando a entrevistada relata que (...)coloca as mãos na cabeça do paciente, faço sinal da cruz e rezo um Pai Nosso(...), ela faz o gesto de imposição de mãos na região frontal da face do paciente e em seguida aproxima as mãos espalmadas e unidas encostadas no tórax com as flanges distais tocando o mento, em sinal de reza. Manteve em boa parte da entrevista (que durou aproximadamente 35 minutos) contato visual direto com o entrevistador, apenas fitando a mesa e o chão no final do discurso, quando também houve presença de alteração dos sentimentos, evidenciado

por alteração no ritmo do discurso e sinais fisiológicos característicos do choro (aumento da permeabilidade da mucosa ocular e presença de lágrimas).

À análise dos elementos não-verbais do discurso anterior, observou-se que mesmo de modo semi-consciente, o profissional se valeu de dois recursos imprescindíveis no cuidar: tacética - *...é um toque...* e *...coloco as mãos na cabeça do paciente...*; e proxêmica - *...muitas vezes eu chego [próximo ao leito, ao paciente]...* . Pode-se citar ainda que existe a identificação dos sinais emitidos pelo paciente: *Eu sinto que a pessoa tem um semblante mais tranqüilo a partir daquele momento* .

Na seqüência, o profissional valida as discussões postas nesta subcategoria no que tangencia a dificuldade em manter uma abordagem comunicacional interpessoal e um cuidado baseado na proposta transpessoal: *Eu as vezes não estou bem preparada, não chego nem perto dos pacientes ... você está frágil e quando você está frágil, você também não pode chegar próximo.*

Quando as relações interpessoais em saúde, que norteiam o cuidado transpessoal, são conscientemente estabelecidas, os sentimentos de insegurança, preocupações e afastamento são acolhidos e transformados em oportunidade de aprendizado e reflexões. Não existe pré-julgamento exclusivo, mas a presença de sentimentos nobres para que novas vivências sejam construídas. Quando o Cuidado Transpessoal ocorre, dois universos se interagem. Passado e presente oferecem elementos para projeções futuras pautadas no aprendizado a partir da experiência um do outro.

Nos pareceu ainda que perceber de forma lúcida os signos não-verbais emitidos pelos pacientes, do modo que eles são, sem julgamentos ou condenações, é imprescindível para o desenvolvimento de ações cuidativas saudáveis. Compreender que em unidades críticas o fator humano é vetor de experiências dolorosas para edificação da plenitude existencial é um exercício que delonga tempo e treino. Este fator está registrado na Teoria do Cuidado Transpessoal logo no primeiro item dos *Caring Factors*, que compõe a base desta teoria, e remete à formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos decorrente das experiências de vida, desde a infância e que nortearão a vida madura.

#### **4.2.4 Entre o Vínculo e o Conflito: a Influência de Valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo**

Esta categoria é composta por duas subcategorias: os Valores religiosos e os Valores bioéticos, e evidenciaram as relações de vínculo e de conflito resultantes da pergunta: Você acha que sua fé/crença (em Deus ou Força Divina) influencia no cuidado? De que forma?

Indubitavelmente esta categoria reflete as discussões que tem sido levantadas por muitos pesquisadores em espiritualidade e religiosidade<sup>(118-129,139-144)</sup>. Muitos advertem a respeito do emprego de valores religiosos pessoais no atendimento em saúde. É certo que as situações devam ser analisadas de acordo com o contexto do acontecimento, uma vez que parece ser mais fácil manter contato com pacientes da mesma religião, dada a similitude dos símbolos.

Contudo, expor ou professar determinada religião em saúde pode não parecer a maneira mais adequada de postura profissional. É importante observar que, em nossa cultura, a manifestação não-verbal da religião é um tanto quanto peculiar. Podemos identificar a religião de boa parte das pessoas por meio das roupas que usam, acessórios, cortes de cabelos, entre tantos outros.

Torna-se, então, imperativo estudos que se debrucem sobre a questão da influência da expressão não-verbal da religião no cuidado prestado aos doentes. Este é um tipo de pesquisa de suma importância em nosso meio, uma vez que no Brasil, professar livremente a crença religiosa é hábito cultural.



Neste sentido, explorar junto aos pacientes a percepção deles sobre este fato, pode parecer importante.

## I) Os Valores Religiosos

Característico da civilização ocidental, em especial no Brasil, onde os valores religiosos são predominantes na orientação moral, social e espiritual das pessoas, esta subcategoria emerge da ambígua relação da influência dos valores religiosos no cuidado do paciente grave.

Como observado nos discursos que seguem, ao mesmo tempo em que o vetor religioso oferece oportunidade de aproximação, o profissional teme o estabelecimento de vínculo, dado o medo do sofrimento mediante o fenômeno da perda.

*“A religião tem muita importância na vida do Ser Humano em geral né. 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, da [pausa] da, assim, da presença mesmo que dá sentido para nossas vidas (...). Dá muito conforto. Inclusive a gente tem muita experiência aqui né [11anos]. Tem uma vez que me marcou mais. É a história de uma paciente que tinha uma patologia que não se identificava, ela ficou internada com a gente seis meses, né, e veio a falecer. Ela passou pela UTI, passou pela Semi [Unidade de Terapia Semi Intensiva], pela enfermaria e a gente acompanhava [pausa], a gente criou uma cumplicidade muito grande, por causa da religião, a gente era católica em comum né, então a gente falava a mesma língua, é, agente se confortava né, por que chega um determinado momento em que nós, enquanto profissionais a gente sente conforto no paciente.(...) um dia eu trouxe um louvor para esta paciente, em um final de semana, a gente fez um louvor, é, eu, uma outra moça que não tem religião, um outro colega meu que também é católico feito eu. Aí a gente pegou aquele bloquinho da paciente que ficava ali do outro lado, que é o isolamento [aponta o local com o dedo indicador], a gente até avisou a chefe e a gente trouxe música de louvor. Ela tava tão para baixo naquele final de semana, no final do plantão, ela ficou muito feliz. Ela falou para várias pessoas. Ela teve*

*um dia muito feliz, ela melhorou. Foi muito legal, e aí, depois ela começou a afundar, começou a afundar [silencia] ela morreu próximo ao carnaval. (...) É um sentimento como, 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]. A minha coisa com ela foi até o fim, eu ainda pude visitar ela, ela consciente, ainda pude apertar a mão dela [pausa], fui até o fim. Mas assim, no meu íntimo, eu não gosto de ver as pessoas que [silencia] eu tenho convivência, assim, morta. Eu prefiro me lembrar deles vivos. Não gosto de ver eles mortos.” (T03)*

Para Boff<sup>(94)</sup>, 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. O filósofo<sup>(94)</sup> indica ainda que professar determinada religião e não ter a clareza da continuidade da vida é o mesmo que permanecer em estado de pseudo-transcendência, onde as relações são sempre estabelecidas no âmbito humano e não espiritual.

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] por que eu não sei se está compatível com ele. Eu tenho medo de criar uma, uma aversão por que eu não sei qual é a fé que ele professa, então eu fico com medo de invadir o espaço da pessoa e, sei lá, a pessoa criar um...por que dependendo da religião você sabe que eles são avesso ao espiritismo, eles acham que eu tenho cara de crente, não sei por que; eu fico longe”. (T15)*

*“Eu acho que influencia muito. Mas, ai volto na questão de que as pessoas precisam ter (...)uma fé, acreditar em algo mesmo, ou não acreditar em nada. O que eu acho que o que elas não devem viver é esta situação que eu vivo, de ter isto muito incerto na cabeça, por que eu mesmo me pergunto isto. A gente está com uma paciente aqui na UTI, não vou citar o nome. Então ela é uma paciente que ela vem bem de encontro com o que você me perguntou. Cada dia eu penso uma coisa: ‘Por que, o que aconteceu com ela? Foi uma fatalidade? Algo além? Qualquer coisa espiritual?’. Ela entra aqui [na UTI] por uma fatalidade; não, ela devia isto, espiritualmente? Não sei. Ou não, é um castigo? Ela tem que pagar isto por alguma razão desta vida? Fez alguma coisa nesta vida que dá para este caminho? Ou é uma coisa de uma vida passada que ela já veio com isto escrito, né, ou a energia dela que estava muito negativa, entendeu. A cada dia eu me pergunto uma coisa, então por que eu acho que isto interfere de uma forma até negativa, né, por que é, eu não consigo me aproximar dela da forma que eu gostaria, né, Então eu cuido dela [fala bastante enfática], dou todo o cuidado, tenho certeza que, clinicamente falando, e não falho e nada, procuro não falhar em nada, mas eu sei que não cumpro minha obrigação ali, eu não sei se é minha obrigação, talvez seja, dessa questão espiritual, ou seja, eu não para do lado dela para conversar, para falar com ela, para saber se ela quer me falar alguma coisa, se ela quer me perguntar alguma coisa [longa pausa. Olhos ficam lacrimosos], por medo mesmo, entendeu, por que não sei como eu vou lidar se ela me fizer perguntas do tipo: ‘por que isto aconteceu comigo?’.(E11)*

*“É, por que eu acho que a fé fala muito do cuidado, fala muito de olhar pelo seu semelhante, né, amar ao próximo como a si mesmo. Então, a partir do momento que você tem isto com você, você consegue olhar as pessoas dessa maneira né, então eu acredito que isto influencia a maneira que agente cuida. Olha, é um assunto bastante complicado. De repente é um paciente que não tem uma crença, não tem uma religião, eu acho que a gente tem que respeitar é, a individualidade de cada um. Se a pessoa fala ‘não, eu tenho uma religião’, eu acho que isto te deixa mais aberto para ir conversando né. Por que de repente você não sabe se a pessoa não quer ouvir isto né. De repente ele não tem fé, ele não acredita, ele vai achar que você está ‘enchendo o saco’ dele, né, então é bem complicado isto. De repente você pode achar que está invadindo uma parte do paciente que ele não quer, então é meio complicado. (T17)*

É identificável a inquietude dos profissionais perante as condições apresentadas. O princípio básico para boas relações entre as diferentes

religiões, de acordo com Yawar<sup>(145)</sup> é o não-julgamento, ou seja, não importa o quão surpreendente possam ser as necessidades espirituais ou religiosas das pessoas. Elas devem, acima de tudo, ser respeitadas enquanto seres únicos, livres para manifestar sua posição intelectual e afetiva. Neste sentido, os profissionais deveriam manter uma relação sempre diplomática e interpessoal quando tratassem de questões religiosas.

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

*“(...) porque 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?[tonalidade de voz bastante enfática], precisa ter uma base. Eu tenho isto e me apóio nisto. Então eu acho que de certa forma, influencia sim o cuidado, eu acho que, eu particularmente, da melhor maneira, eu tento transmitir o melhor nos pacientes, e quantas vezes eu já falei: “acredite em Deus, você vai melhorar, a Senhora vai melhorar, com a graça de Deus”, sabe, frases assim que, acho que se ela tivesse essa base religiosa, ela, falaria entendeu. Então eu acho que precisa ter uma palavra e conforto, não sei, as vezes pode melhorar e as vezes pode ser que não tenha nada a ver”.(T08)*

*“É uma confiança que eles pegam na gente através palavra de Deus. Quando você vai mexer com o paciente, mesmo que ele esteja aparentemente inconsciente, esteja sedado, mas você fala: “olha seu fulano, eu vou fazer isto no senhor! Olha seu fulano, vou fazer aquilo...”, e nessa de você começar a conversar com o paciente e, aí você entra com Deus né. Aí você começa a falar de Deus, né: ‘Olha, Deus ele é bom, é maravilhoso’; Mesmo que o Senhor não pode falar, mas o senhor pode, né, 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)*

Muitos profissionais da saúde, e até mesmo os vinculados a ela, em algum momento da vida, se já não presenciaram, um dia irão fazê-lo, a manifestação da vida e da presença divina em situações que os olhos humanos

identificam como inexplicáveis. Muitos chamam estes momentos de milagres ou mistérios. Contudo, nos parece prudente compreender que esta decisão está um tanto quanto distante daquilo que realmente sabemos.

Neste sentido, o estímulo em uma crença cujas variáveis estão muito aquém do controle humano, colocaria em risco a ética e estética do cuidar em saúde, conforme proposto por Kendrik e Robinson<sup>(146)</sup>, ao sugerirem que a Enfermagem direciona seus esforços para o desenvolvimento de atitudes de cuidado pautados no sentido mais espiritual que religioso, uma vez que a espiritualidade tem sido cada vez mais incidente sobre a Enfermagem clínica e, sem dúvida, marcará esta profissão nos próximos anos. Logo, toda cautela em lidar com temas ditos “espinhosos” deve ser tomada, pois sobrepor, arbitrariamente, uma crença como mediadora da prática do cuidado incorreria em danos eticamente irreparáveis ao profissional.

Finalmente, na presença da dor prolongada, do uso demasiado e indiscriminado de drogas vasoativas, os profissionais expressaram conflituosos desfechos de existência que estiveram sobre seus cuidados.

*“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 [risos]; que a gente é meio egoísta, pede para gente né [risos], mas tem uns casos que você fica pensando e pensa: “nossa, Meu Deus, olha mais para ela agora”. Tem casos que te chocam mais, pesam mais; que nem esses dias, tinha um rapaz aqui (...)E aí, na hora que a mãe veio, a irmã veio, assim sabe, elas olham para você com aquela cara assim: “ai, acha que ele vai durar?”. O que você vai falar! Você acha que ele não vai melhorar. Ele estava com 150ml/h de noradrenalina, uma PA de 40X30mmHg de 40X20mmHg; para a gente não tem mais jeito; aí é aquilo, “olha, você confia em Deus? Então pede, pede muito, por que se Deus vai fazer um milagre é agora. Pede para Deus te amparar para te dar conforto”. São casos muito extremos que te pegam assim.*

*Foi um caso que eu fui embora e por mais que você saiba que não tem o que fazer, você ainda fala: “Meu Deus, se Deus fizer um milagre agora, não vai ter jeito, todo mundo vai ter que reconhecer”.*

*Sabe, por mais que você veja, não tem jeito, você ainda tem um pouquinho de fé; pela família, aí vem a mãe e fala e chora: “por que era um rapaz bom por isso, por aquilo”, 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, que Deus, não é que Deus vai curar, por que 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 né, por que às vezes a gente vê isto aqui na UTI né, é, demora né, até pelas próprias drogas que são usadas, noradrenalina e tudo, não sei se ia adiar um pouco isto, mas a gente tem que seguir essa ética que é cuidar do paciente até a hora que não tem mais jeito. Até na hora que ele vai embora”.(T22)*

Com vistas a estabelecer uma sustentação teórico-filosófica a estas importantes narrativas, merece novamente destaque o pressuposto básico do Cuidado Transpessoal<sup>(81)</sup>, cuja premissa está em compreender que a condição humana significa sentir-se envolvido com o outro, consigo, com a natureza e com Deus ou Poder Superior. Este envolvimento permite um melhor controle das variáveis estressoras que compõe os relacionamentos difíceis. Como apoio ao desenvolvimento da equipe, a criação de espaço, tanto físico quando emocional, para que os profissionais sejam acolhidos em suas angústias e necessidades existenciais frente a situações cotidianas emocionalmente difíceis, é primordial para construção de um novo modo de cuidar em Unidades Críticas.

## II) Os Valores Bioéticos

Essa subcategoria é emergente 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, também, de conflitos de valores humanos perante eventos dolorosos da vida, como pode ser observado nos fragmentos a seguir:

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

*“(...) eu acho que hoje em dia a gente têm aceitado a tecnologia e a gente tenta manter o paciente a todo custo. Tem horas que eu chego em casa e eu penso: “será que vale a pena ficar tentando? Até onde vai durar isto? Deus coloca tudo isto que a gente tem, mas até onde a gente vai? Até onde a gente deve ir?” Então às vezes eu me pergunto qual o paciente que realmente agente deve investir tanto. E acho que isto é muito ligado com Deus, por que se você pega, assim, há..., mas se eu tenho todos os recursos, por que eu não vou oferecer todos para ele? Será que isto é justo perante Deus? Será que vou ser julgada daqui para frente?” (E21)*

*“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, então não tem como eu, sabe, eu estou aqui. Se ele se sujar dez vezes, eu estou aqui, dez vezes eu tenho que limpar. Se ele estiver chato, eu falo: ‘mas o senhor tá heim! Vamos e acalmar que eu estou com o Senhor!’. Mas eu tenho que ficar ali entendeu, por que 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 cuido das pessoas da melhor forma possível, e eu penso sempre assim e falo isto para as pessoas: ‘cuide dos outros como você gostaria de ser cuidado’. Eu acho que levando dessa forma, eu cuido bem das pessoas por isso. Acho que todo mundo que está ali [aponta um dos leitos], merece ser bem cuidado”. (E32)*

*“Eu procuro sempre tratar as pessoas como gostaria de ser tratada, né. Eu acho que a gente tem que ter sempre parâmetros né, você não pode perder, por exemplo, 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 igual. Não, eu acho que desde que você não faça o mal, de que você trate todo mundo bem, que você faça com um bom sentimento as coisas, as coisas fluem independente da religião que você tenha, de crença; se você acredita em Buda, em Jesus, se você acredita em Santos, né, da umbanda, isso independe, desde que você não faça o mal, não pratique ele, procure fazer o bem, isso não vai fazer mal a ninguém. Então eu acho que influencia sim. Mas não de uma maneira que atrapalhe, por que às vezes eu acho que as pessoas confundem muito as coisas”. (E18)*

Conforme proposto por Pessini e colaboradores<sup>(147)</sup>, 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.

Os discursos, em especial o relato E21, exemplifica o conflito entre os fatos Éticos, naturais da cultura humanista, e Biológicos, estabelecidos na raiz do processo tecnológico-científico. Para Sgreccia<sup>(26)</sup>, a ponte para interligar estas duas culturas seria a Bioética, sendo ela a única capaz de integrar valores éticos e os fatos biológicos. Talvez o entrave dialógico entre Bioética e Espiritualidade na saúde esteja sendo a dedicação de ambas preconizarem a integralidade dos sujeitos. Assim, a bioética se debruça às questões da natureza e a espiritualidade questiona os fenômenos sob o prisma metafísico.

Entretanto, é importante citar que tanto as ciências médicas quando as biológicas têm a mesma origem experimental, conforme proposto por Galilei e



Bacon. Justamente por se tratarem de ciências cujo método pressupõe hipóteses interpretativas, onde a base inicial do processo científico se consolida com a Observação do Fenômeno, como tal, trata-se de questões fundamentalmente comunicacionais. Nesta amplificação do entendimento de ciência, as relações do homem com o mundo e no mundo estão sujeitas à análise interpretativa nas mais variadas vertentes do conhecimento filosófico e científico, onde o ponto em comum está nos processos comunicacionais que fundamentam qualquer análise<sup>(26,148)</sup>.

Ficou evidente nos discursos que as relações de bioética são estabelecidas no campo do *principialismo*, desenvolvido por Beauchamp e Childress, entre os quatro princípios conhecidos desta corrente filosófica, tão inserida na cultura ocidental, são: o benefício, não-malefício, autonomia e senso de justiça<sup>(26)</sup>.

Uma proposta interessante de compreensão do diálogo entre espiritualidade e bioética é proposta por Anjos<sup>(148)</sup> cuja arguição sustenta o pensamento espiritual dentro de padrões epistêmicos e não religiosos, onde a espiritualidade habita nas pessoas como um sopro motivador, manifesto por gestos, expressões e, quem sabe, algumas poucas palavras.

Watson<sup>(81)</sup>, na segunda premissa dos *Carrative Factors*, indica que instituir a fé e a esperança como mecanismos de compreensão holística do homem se torna imprescindível para a compreensão do processo de recuperação da saúde e enfrentamento saudável das doenças. É curiosamente perceptível a influência nightingaleana na premissa de Watson no tocante ao

uso da filosofia grega para construção do pensamento substancial que norteia sua teoria. É sabido que Florence possuía grande afinidade com o pensamento filosófico do ocidente e nele postulou suas idéias de cuidado em Enfermagem.

Com base nas reflexões anteriormente estabelecidas, fica entendido que, independente da estrutura conceitual ou influência cultural religiosa, a espiritualidade é fenômeno central e não periférico da condição humana. Nesta perspectiva fenomenológica, a comunicação interpessoal consciente, lúcida e alerta é o mecanismo para que sejam estabelecidas relações de cuidado que transpassam a pessoa e centrem-se no cerne espiritual.

## **5. Conclusões e Considerações Finais**

*Nada lhe posso dar que já não exista dentro de você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser oportunidade, o impulso, a chave.*

*Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo,  
e isso é só.*

Hermamm Hesse

Transcorridas as etapas metodológicas que conduziram este estudo e estabelecidos os substratos elementares que pautaram as discussões dos temas centrais, é possível concluir que os objetivos foram atingidos.

Foi possível identificar que, para a equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva pesquisada, a dimensão espiritual possui ao menos quatro significados distintos: Fé e Crença Religiosa, Crença em uma Força/Poder Superior, Bem-Estar Espiritual e, finalmente, Atributo do Espírito. Observamos que esta multiplicidade de significados fez relação direta com o cuidado prestado ao paciente e família e são preditivos das condições emocionais dos próprios funcionários, pois interferem diretamente nas relações de empatia e em suas questões existenciais.

Também verificou-se que as Necessidades Espirituais e Religiosas estão relacionadas ao acesso da Dimensão Espiritual dos pacientes. Para este fim, os profissionais lançam mão de recursos como a Comunicação Verbal e Não-Verbal, a Família e o Histórico de Enfermagem. Ficou claro a influência que o significado religioso tem no acesso à dimensão espiritual, onde o foco na observação de ornamentos religiosos foi mais proeminente do que o reconhecimento a partir do próprio Ser Humano, como apontado em alguns poucos discursos.

O estudo demonstrou ainda que as relações entre a Comunicação Interpessoal e a identificação das Necessidades Espirituais estão pautadas em relações Mecanicistas, Verbais e Não-Verbais. O mecanicismo cotidiano e as relações verbais influenciaram negativamente na identificação de necessidades

espirituais dos pacientes, uma vez que limitaram a proximidade das relações humanas. As expressões Não-Verbais, como ferramentas de acesso à dimensão espiritual, foram extraídas a partir da análise indireta dos discursos, visto que os profissionais pouco ou nada conheceriam sobre esta modalidade comunicacional em questões relacionadas ao acesso à dimensão espiritual. Raros foram os discursos que trouxeram à consciência o toque, o olhar, a aproximação e o silêncio como manifestações espirituais na prática do cuidado.

Os valores de espiritualidade pouco apareceram nos discursos dos profissionais. Foram detectadas as influências de valores religiosos e bioéticos no processo de cuidar do paciente grave. Estes valores tem, 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 são pautados na relação de não-maleficência.

Com base nos referenciais adotados neste trabalho, conclui-se que a Teoria do Cuidado Transpessoal aparenta ser um importante veículo orientador para a prática Espiritual na Enfermagem, e que são urgentes estudos que clarifiquem aos profissionais os meios pelos quais a Comunicação Interpessoal, especialmente a Não-Verbal, possibilita o acesso à Dimensão Espiritual.

Todos, em diferentes níveis, questionamos sobre o sentido da vida, da morte, dos relacionamentos e, no caso da Enfermagem, o sentido do cuidar. Estas indagações são capazes de proporcionar reflexões sobre o modo como interagimos com o mundo, com o outro e conosco. Em Enfermagem, este

relacionamento é expresso pelo Cuidar, seja um cuidar veiculado por expressões verbais ou não-verbais.

As dimensões do cuidado na Enfermagem são tão abrangentes quanto as dimensões do próprio ser humano. No entanto, somos, enquanto profissionais de saúde, educados e instrumentalizados para o cuidar em busca da cura. Entretanto, no atual estado da humanidade este tipo de cuidado já não tem mais satisfeito as necessidades dos pacientes e dos próprios profissionais.

O estudo do significado da dimensão espiritual no cuidado de Enfermagem ao indivíduo gravemente enfermo em Unidade de Terapia Intensiva necessita de aprofundamento. Com vistas no levantamento de dados, este trabalho procurou corroborar com as reflexões acerca da potencialidade da dimensão espiritual no relacionamento transpessoal do cuidar. Se existe uma preocupação com as várias formas de cuidar em Enfermagem, observadas nas diversas teorias desta ciência, então o cuidado a partir de um olhar espiritualizado, talvez possa estimular uma prática assistencial mais humana e integral. Se compreendida a dimensão espiritual do cuidado humano, talvez o auge da compreensão do outro, o processo do cuidar transcenda os limites fôrmicos e limitados da matéria, para o cuidado da essência do Ser, onde este, mesmo vivenciando o processo de morrer, encontre em si um projeto infinito.

Muitos dizem buscar um sentido para vida. Mas o que seria este sentido? O que nos tem movido à busca de novas maneiras de questionar a realidade? Se houver mesmo um sentido transcendente para a existência, este, provavelmente, não é um sentido humano. É um sentido Espiritual.

O que é humano, é efêmero. É passado, tal qual o tempo, o *Khronos*. Gostaria de um dia dizer menos sobre o sentido da vida. Gostaria mesmo, é de aprender sobre o sentido do Ex-Istir. A vida que conhecemos, ao menos a grande maioria, é a vida humana. O Ex-istir é pôr-se para fora. É ter a consciência de que Vida é projeção dos movimentos do *anima*, do Sopro Divino que corporifica a vida. É Espiritual.

## **6. Referências**

*Quando duas pessoas levantam a cabeça  
e cada uma sai do seu vale profundo  
para encontrar com a outra...é como se  
saíssemos deste mundo, e, deslizando  
com suavidade, entrássemos num mundo  
totalmente novo.*

Jostein Gaarder



1. Nightingale F. Notes of nursing: what it is and what it is not. Philadelphia: JB Lippincott; 1992.
2. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47(10):1190-5.
3. Weil MH. The Society of Critical Care Medicine: its history and its destiny. *Crit Care Med.* 1973;1(1):1-4.
4. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) [homepage na internet]. São Paulo; 2005-2008. [citado 2008 fev. 15]. Disponível em: <http://www.sobrati.com.br>
5. Dávila C. Intensive care units in Latin América. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1970;69(1):50-63.
6. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília; 1997-2008. [citado 2008 fev.15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
7. Castro DS. Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.
8. Nunes VA. Do cuidar tecnológico à tecnologia do cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
9. Terzi RGG, Orlando JMC, Borges LA. Aspectos organizacionais do cuidado intensivo ao doente cirúrgico. In: Rasslan S. O doente cirúrgico na UTI. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1-17.
10. Vianna ACA, Crossetti, MGO. O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria do cuidado transpessoal de Watson. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004; 25(1): 56-69.
11. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997.
12. Andreoli KG. Critical care: the cost of quality. *J Prof Nurs.* 1992; 8(6):319.
13. Barnard A. A critical review of the belief that tecnologia is a neutral object and nurses are its master. *J Adv Nurs.* 1997; 26(1): 126-31.
14. Kimura M, Koizume MS, Martins LMM. Caracterização das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 1997; 31(2):304-15.

15. Society of Critical Care Medicine, American Association of Critical Care Nurses. Joint position statement: essential provision for critical care in health systems reform. *Crit Care Med.* 1994; 22(12):2017-9.
16. Le Gall JR. The use of severity scores in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2005;31(12):1618-23.
17. Gonçalves LA, Padilho KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):645-52.
18. Ward NS, Levy MM. Rationing and critical care medicine. *Crit Care Med.* 2007; 35(2):102-5.
19. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos.* São Paulo: Loyola; 2004. p.11-30.
20. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1):50–9.
21. Silva MJP. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: Stefanelli MG, Carvalho EC, organizadores. *A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem.* Barueri: Manole; 2005. p.47-61.
22. Silva MJP. Humanização em UTI. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Assistência de enfermagem ao paciente crítico.* São Paulo: Atheneu;2000.p.1-1.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico do Programa Nacional de Humanização. Documento da Política Nacional de Humanização. Marco Conceitual e Diretrizes Políticas. Brasília; 2004.
24. Incontri D. *A educação segundo o espiritismo.* São Paulo: Comenius; 2003.
25. Loeffler CF. *Fundamentação da ciência espírita.* Niterói: Lachâtre; 2003.
26. Sgreccia E. *Manual de bioética: I – fundamentos e ética biomédica.* São Paulo: Loyola; 2002.
27. Pessini L, Bertachini L. Humanização dos cuidados e na saúde: o desafio de cuidar do Ser com competência humana e científica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos.* São Paulo: Loyola; 2004;p.1-7.

28. Vauches A. A espiritualidade na idade média ocidental:séculos VIII a XIII. Trad. de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ; 1995.
29. Castiglioni A. História da medicina. São Paulo: Companhia Editora Nacional;1947.
30. Solomon RC. Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI. Trad. de Maria Luiza. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
31. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
32. Dyson J, Cobb M. The meaning of spirituality: a literature review. J Adv Nurs. 1997; 26(6):1183-8.
33. Koenig H. Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. Southern Med J. 2004; 9(12): 1194-1200.
34. Puchalski C. The hole of spirituality in health care. Baylor University Medical Center Proceedings. 2001;14(4):352-7.
35. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients for fully. J Palliat Med. 2000;3(1):129-37.
36. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. J Theory Soc Behav. 2000;30(1):51-77.
37. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. J Adv Nurs. 2002; 39(5):500-9.
38. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: a emerging taxonomy. Int J Nurs Stud. 2004;41(2):151-61.
39. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. Nurs Sci Q. 2005; 18(2):157-62.
40. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories:difering world-views and extent of focus. J Adv Nurs. 1998;27:294-303.
41. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. J Clin Nurs. 2006;15(7):852-62.

42. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality-of-life". *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-5.
43. Rodrigues JC. *Antropologia e comunicação: princípios radicais.* Rio de Janeiro: Tempo e Espaço; 1989.
44. Teixeira MZ. *A natureza imaterial do homem: estudo comparativo do vitalismo homeopático com as principais concepções médicas e filosóficas.* São Paulo: Petrus; 2000.
45. Morais R. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo. In: Vasconcelos EM organizador. *A espiritualidade no trabalho em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2006.p.161-85.
46. Quin CE. The ideas of Thomas Kuhn in relation to medical advances in the sixteenth and seventeenth centuries. *J R Soc Med.* 1997;90(6):225-8.
47. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS: Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(4):446-53.
48. Goswami A. *A janela visionária: um guia para iluminação por um físico quântico.* Trad. de Paulo Salles. São Paulo: Cultrix; 2000.
49. Saad M, Masiero D, Battistella, LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001;8(3):107-12.
50. 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.
51. Weiss B. *Muitas vidas, uma só alma.* Rio de Janeiro: Sextante; 2005.
52. Goswami A. *A física da alma: a explicação científica para a reencarnação, a imortalidade e experiências de quase morte.* Trad. de Marcello Borges. São Paulo: Aleph; 2005.
53. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. *Southern Med J.* 2005;98(12):1235-6.
54. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(6):440-2.

55. Verhaeghe S, Defloor T, Zuu Ren FV, Duijnste M, Grypbon CK. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.
56. Soderstrom IM, Benzein E, Saveman BI. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care unit. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(2): 185-92.
57. 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.
58. 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.
59. Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving the quality-of-end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parent's priorities and recommendations. *Pediatrics*. 2006;117(3):649-57.
60. Papathanassoglou EDE, Patiraki EI. Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experiences of survivors of critical illness. *Nurs Crit Care*. 2003;8(1):13-21.
61. Macrae JA. *Nursing as a spiritual practice: a contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York: Springer; 2001.
62. Gorrell GK. *Heart and soul: the history of Florence Nightingale*. Toronto: Tunder; 2000.
63. Nightingale F. *Suggestions for thought: selections and commentaries* edited by Michel Calabria and Janet Macrae. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 1994.
64. Cavendish R, Luise BK, Russo D, Mitzeliotis C, Bauer M, McPartlan Bajo MA, et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *West J Nurs Res*. 2004;26(2):196-212.
65. Leeuwen van R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs*. 2001;48(3):234-46.
66. Maddox M. Teaching spirituality to nurse practitioner students: the importance of the interconnection of mind, body and spirit. *J Am Acad Nurse Pract*. 2001;13(3):134-9.

67. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurse's responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):446-55.
68. MacLaren J. A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. *J Adv Nurs*. 2004;45(5):457-64.
69. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):811-21.
70. McSherry N, Watson B. Spirituality in nursing care: evidence of a gap between theory and practice. *J Clin Nurs*. 2002;11(6):843-4.
71. Henery N. Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. *J Adv Nurs*. 2003;42(6):550-7.
72. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs* 2005;23(1):9-33.
73. Reed P. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *West J Nurs Res*. 1986;9(1):35-41.
74. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality of life research. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):499-503.
75. Grant D. Spiritual interventions: how, when, and why nurses use them. *J Adv Nurs*. 2004;18(1):36-41.
76. Guimarães UCF. Assistência espiritual em enfermagem: a problemática e uma solução [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1984.
77. Henery N. Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. *J Adv Nurs*. 2003;42(6):550-7.
78. Ross L. Spiritual aspects of nursing. *J Adv Nur*. 1994;19(3):439-47.
79. Treloar LL. Integration of spirituality into health care practice by nursing practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. 2001;12(7):280-5.
80. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press; 1985.
81. Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.

82. Foster LR. A perspective on Watson's theory of human caring. *Nurs Sci Q.* 2006;19(4):331-3.
83. Richards TA, Oman D, Heldberg J, Thoresen CE, Bowden J. A qualitative examination of a spirituality-based intervention and self-management in the workplace. *Nurs Sci Q.* 2006;19(3):231-9.
84. Nyman CS, Lutzen K. Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. *Nurs Sci Q.* 1999;12(2):164-69.
85. Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs.* 2003;12(3):360-5.
86. Andersted B, Ternstedt BM. Involvement of relatives in care of the dying in the different care cultures: development of a theoretical understanding. *Nurs Sci Q.* 1999;12(1):45-51.
87. Fawcett J. The nurse theorists: 21st – century updates – Jean Watson. *Nurs Sci Q.* 2002;15(3):214-9.
88. Malinaki VM. Nursing-science base research: research related to Watson's theory of transpersonal caring. *Nurs Sci Q.* 2004;17(1):12-3.
89. Smith M. Review of research related to Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q.* 2004;17(1):13-25.
90. Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. *Nurs Sci Q.* 2004;17(2):128-34.
91. Araújo EC, Coler MS, Nóbrega MML. Jean Watson's nursing theory focused on sexuality human. *Online Braz J Nurs [periódico na internet].* 2005 [citado 2007 out. 27];4(2). Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn402araujocolaterd.html](http://www.uff.br/nepae/objn402araujocolaterd.html)
92. Dicionário Oxford Escolar. Português-inglês, Inglês-português. Oxford: Oxford University Press; 2005.
93. Talento B. Jean Watson. In: George JB organizador. *Teoria de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.* 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p.68-75.
94. Boff L. *Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito.* Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

95. Silva MJP. Percepção de enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1989.
96. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
97. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2002;38(5):479–88.
98. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of intensive care units nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):143-9.
99. Silva MJP. Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde. São Paulo: Gente; 1996.
100. Davis, F. A comunicação não verbal. 6ª ed. São Paulo: Summus; 1979.
101. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev Lat Am Enferm*. 2000;8(4):52-8.
102. Araújo MMT. Quando “uma palavra de carinho conforta mais do que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
103. Espírito Santo Neto F. A imensidão dos sentidos: um estudo psicológico da sensibilidade humana. Catanduva: Boa Nova; 2000.
104. Watson J. Caring science: belongin before Being as ethical cosmology. *Nurs Sci Q*. 2005;18(4):304-5.
105. Waldow VR. O cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
106. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
107. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
108. Birdwhistell R. Kinesics and context: essays on body motion communication. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1970.



109. Benko MA, Silva MJP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. Rev Lat Am Enferm. 1996;4(1):71-85.
110. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. Mundo da Saúde. 2007;31(2):238-45.
111. Koenig HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê. Trad. de Giovana Campos. São Paulo: Fé Ed. Jornalística; 2005.
112. Seminário FLP. Existência e finitude. In: Py, L organizador. Finitude: Uma proposta de reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau; 1998 p. 21-30.
113. Silveira N. O mundo das imagens. São Paulo: Ática; 2001.
114. Salander P. Who needs the concept of 'spirituality'?. J Psychooncology. 2006;15(7):647-9.
115. Datafolha. Estudo sobre o senso da população brasileira, 2007 [texto na internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 out.7]. Disponível em: [http://www.datafolha.folha.uol.com.br/po/ver\\_po.php?session=446](http://www.datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=446).
116. Gaarder J, Hellern V, Notaker H. O livro das religiões. Trad. de Isa Mara Lando. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
117. Durkheim E. As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália. Trad. de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
118. Koenig H. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. Int J Geriatr Psychiatry. 1998;13(4):213-24.
119. Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. J Clin Nurs. 2006;10(9):840-51.
120. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos. 2007;7(3):110-24.
121. Boff L. Espiritualidade: um caminho para transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2006.
122. Aldridge D. Spirituality, healing and medicine. Br J Gen Pract. 1991; 41:425-7.
123. Spoto D. Em silêncio por que rezamos. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005.

124. Cloninger CR. The science of Well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *Word Psychiatry*. 2006;5(2):71-6.
125. Ross L. Elderly patient's perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *J Adv Nurs*.1997;26(4):710-15.
126. Silva MJP. Comunicação não-verbal em enfermagem. *Rev. Baiana Enferm* 1993;6(1):47-56.
127. Keks N, D'Souza R. Spirituality and psychosis. *Austr Psychiatry*. 2003;11(2):170-1.
128. D'Aquili GE, Newberg AB. The neuropsychology of aesthetic, spiritual and mystical states. *Zygon J Relig Sci*. 2000;35(1):39-51.
129. D'Souza R, George K. Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Austr Psychiatry*. 2006;14(4):408-12.
130. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. *Transcultural Psychiatry*. 2005;42(4):570-95.
131. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in brazilian spiritist mediums. *Psychother Psychosom*. 2007;76(1):57-8.
132. *Revista de Psiquiatria Clínica. Espiritualidade e Saúde Mental*. São Paulo: Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da USP. 2007; 34 Supl 1.
133. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):287-94.
134. Pugina ACG. O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de glasgow e ramsay [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
135. Silva MJP. Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiras [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.
136. Silva MJP. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros. *Rev Lat Am Enferm*. 1996;4(n.esp):25-37.
137. Price S, Arbuthnot E, Benoit R, Landry D, Landry M, Butter L. The art of nursing: communication and self-expression. *Nurs Sci Q*. 2007;20(2):155-60.

138. Littlejohn, S. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1988.
139. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2002;38(5):479–88.
140. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health:a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):240-50.
141. Hall DE, Koenig HG, Meader KG. Conceptualizing “religion”: how language shapes and constrains knowledge in the study of religion and health. *Perspect Biol Med*. 2004;43(3):386-401.
142. Mendes IAC, Trevizan MA, Ferraz CA, Fávero N. The re-humanization of the executive nurse’s job: a focus on the spiritual dimension. *Rev. Lat Am Enferm*. 2002;10(3):401-7.
143. Frey BB, Daaleman TP, Peyton V. Measuring a dimension of spirituality for health research. *Res Aging*. 2005;27(5):556-7.
144. Handzo G, Koenig HG. Spiritual care: whose job is it anyway? *Southern Med J*. 2004;97(12):1242-4.
145. Yawar A. Spirituality in medicine: what is to be done?. *J R Soc Med*. 2001;94(10):529-32
146. Kendrick K, Robinson S. Spirituality: its relevance and purpose for clinical nursing in a new millennium. *J Clin Nurs*. 2000;9(5):701-5.
147. Pessini L, Anjos MF, Pereira LL, Sá AC. Bioética, saúde e espiritualidade. *Mundo da Saúde*. 2007;31(2):149-50.
148. Anjos MF. Para compreender a espiritualidade em bioética. *Mundo da Saúde*. 2007;31(2):155-60.

## **Apêndices**

*O silêncio já se tornou para mim uma necessidade física e espiritual.  
Inicialmente escolhi-o para aliviar-me da depressão.  
A seguir precisei de tempo para escrever.  
Após havê-lo praticado por certo tempo descobri, todavia,  
seu valor espiritual. De repente me dei conta de que eram esses  
momentos em que melhor podia comunicar com Deus.  
Agora sinto-me como se tivesse sido feito para o silêncio.*  
Mahatma Gandhi

## Apêndice I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Estimado (a) Senhor (a)

Meu nome é **Ramon Moraes Penha**, sou graduado em Enfermagem e mestrando do curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa sobre A DIMENSÃO ESPIRITUAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Objetivo identificar o significado da dimensão espiritual no cuidado, para a equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva; verificar os meios pelos quais a equipe de Enfermagem identifica a dimensão espiritual cuidado e verificar se existe relação, na percepção dos profissionais de Enfermagem, entre a expressão da comunicação interpessoal e a identificação das necessidades espirituais dos pacientes. Este estudo pretende colaborar com o levantamento de hipóteses e/ou questões relacionados à espiritualidade, comunicação e ao cuidado, para a Enfermagem e, quem sabe, demais ciências da Saúde. Para que consiga atingir estes objetivos, gostaria que você respondesse quatro perguntas que norteiam o estudo. Nossa conversa será em forma de entrevista e gravada para que eu possa obter seu relato de modo integral e fidedigno.

Esclareço que me comprometo em respeitar seus direitos nesta pesquisa:

- Liberdade de participar ou não deste estudo. Caso aceite participar, você tem toda liberdade de mudar de idéia e deixar o estudo no momento que desejar sem que isto lhe traga prejuízo algum;
- Seu nome será mantido em absoluto sigilo e apenas eu conseguirei associar o que você disser com sua pessoa.
- Responder todas as dúvidas que você tiver sobre este estudo em qualquer fase do andamento deste.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou queira falar comigo para obter informações sobre o andamento do mesmo, pode entrar em contato comigo a qualquer momento, pelo telefone (11) 6694-8937 e (11) 8350-9056, bem como pelo endereço: Rua Monsenhor João Fellipo, n 08 apto 53B, Mooca/SP, CEP-03110-020, ou ainda pelo endereço eletrônico [rvamus@usp.br](mailto:rvamus@usp.br). Também deixo a disposição os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa do - HU: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-900 – São Paulo – SP - Telefones: 3039-9457 ou 3039-9479 - E-mail: [cep@hu.usp.br](mailto:cep@hu.usp.br).  
Muito Obrigado pela atenção e disponibilidade

---

Ramon Moraes Penha

Eu, \_\_\_\_\_, após ter sido esclarecido (a) sobre as informações acima descritas, concordo em participar deste estudo. Estou ciente dos meus direitos como sujeito da pesquisa e acredito que os mesmos serão, de modo fidedigno, respeitados pelo pesquisador. Declaro também, estar recebendo uma cópia deste documento assinado concomitantemente com o pesquisador.

---

Assinatura do Sujeito da Pesquisa  
São Paulo, de de 2006

## Apêndice II



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**Escola de Enfermagem**  
Programa de Pós Graduação - Mestrado - em Enfermagem na  
Saúde do Adulto

### Instrumento de Caracterização e Questões de Pesquisa

#### A) Caracterização

Iniciais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de Trabalho em UTI: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: ( ) Sim ( ) Não

#### B) Questões de Pesquisa

- 1- O que é Espiritualidade para você?
- 2- Você consegue identificar necessidades Espirituais nos Pacientes aqui da UTI?  
Como?
- 3- Você considera importante a identificação destas necessidades? Por que?
- 4- Você acha que sua fé/crença (em Deus ou alguma outra divindade) influencia o cuidado prestado? De que forma?

## **Anexo**

*Francamente, só posso ser eu mesmo por que sei que  
também sou todos os outros. Também sou aquilo de que duvido.  
Também sou aquilo em que não acredito. Como tubo, estou ligado  
ao fole do acordeom, a fonte original que sopra a vida de todos os tubos.  
Na verdade, o que pensamos não tem nenhuma importância.  
Afinal, de contas, todos nós temos razão.*

Jostein Gaarder



São Paulo, 20 de outubro de 2006.

*Il<sup>mo</sup>(a). S<sup>ra</sup>(a).*

**Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva**

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*A dimensão espiritual do Cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*” – **Co-autor(es):** Ramon Moraes Penha - **Registro CEP-HU/USP:** 695/06 – **SISNEP CAAE:** 0043.0.198.000-06

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 20 de outubro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

**O primeiro relatório está previsto para 20 de outubro de 2007.**

Atenciosamente,

**Dr. Maurício Seckler**  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**  
**Hospital Universitário da USP**