



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**RANIELE ARAÚJO DE FREITAS**

IMPLEMENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À  
DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER

SALVADOR

2023

**RANIELE ARAÚJO DE FREITAS**

**IMPLEMENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À  
DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do título de doutora na Área de Concentração: “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Maria de Oliva Menezes.

SALVADOR

2023

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F866 Freitas, Raniele Araújo de  
Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à  
dimensão espiritual da pessoa com câncer/Raniele Araújo de Freitas. –  
Salvador, 2023.  
167 f.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Tânia Maria de Oliva Menezes.  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,  
2023.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Espiritualidade. 2. Religião. 3. Neoplasias. 4. Processo de  
enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. I. Menezes, Tânia Maria  
de Oliva. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

## RANIELE ARAÚJO DE FREITAS

### IMPLEMENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: “Enfermagem, cuidado e Saúde”. Linha de Pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Aprovada em 27 de março de 2023

#### BANCA EXAMINADORA

**Tânia Maria de Oliva Menezes**



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia - Brasil

**Raúl Fernando Guerrero-Castañeda**



Doutor em Ciências de Enfermagem e Professor da Universidad de Guanajuato - México

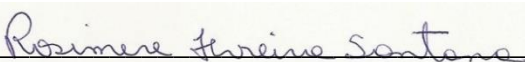
**Isabel Cristina de Oliveira Arrieira**

ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA  
ARRIEIRA:54571464053

Assinado de forma digital por ISABEL CRISTINA  
DE OLIVEIRA ARRIEIRA:54571464053  
Dados: 2023.05.01 11:54:09 -03'00'

Doutora em Ciências e Professora da Universidade de Pelotas - Brasil

**Rosimere Ferreira Santana**



Pós-Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal Fluminense - Brasil

**Gilberto Tadeu Reis da Silva**



Pós-Doutor em Ensino em Ciências da Saúde e Professor da Universidade Federal da Bahia - Brasil

**Lina Marcia Migueis Berardinelli**



Pós-Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro- Brasil

**Nuno Damácio de Carvalho Félix**

gov.br

Documento assinado digitalmente  
NUNO DAMACIO DE CARVALHO FELIX  
Data: 31/03/2023 21:02:52-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Pós-Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Brasil

Dedico essa tese de doutorado a todas as pessoas que vivem com o câncer, em um cotidiano carregado de medos, incertezas e ressignificações, na certeza de que é possível ser/tornar-se resiliente diante o diagnóstico e enfrentar as dificuldades com o apoio da espiritualidade, religiosidade e fé.

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, por ser o meu sustento, me fortalecer e permitir a conclusão desse trabalho.

**Ao meu esposo**, André Gomes, pelo cuidado, apoio, carinho, compreensão, e por tornar os meus dias mais felizes. Sou grata a Deus pela família linda que construímos. Amo-te imensamente!

**A minha filha**, Lívia, princesa da mamãe, pela alegria diária e por possibilitar um novo sentido para a minha vida. Foram muitas ressignificações desde a sua chegada, e todos os dias eu aprendo um pouco mais!

**Aos meus pais**, Elias e Leita, pela ajuda constante, e amor incondicional. Obrigada pelo incentivo e formarem parte da minha essência. Sou muito feliz por saber que tenho em vocês o apoio para tudo!

**Aos meus irmãos**, Manuella e Lucas, pelas palavras de incentivo, convivência leve e acolhedora. Amo vocês!

**A minha sogra**, Luna, pelas mensagens de incentivo, pelas orações e ajuda nos momentos difíceis. Sua perseverança é admirável!

**A minha Dinda**, Lélia, por me ajudar sempre que preciso e pelas palavras de incentivo e “puxões de orelha”.

**A minha família Araújo e Freitas**, pelos momentos de descontração, sorrisos e alegrias.

**A minha Orientadora**, Professora Doutora **Tânia Maria de Oliva Menezes**, sem o seu apoio não seria possível chegar até aqui! Para além de orientadora, me ensinou sobre ser humano, ser docente e exercício da fé e coragem. Obrigada pelo acolhimento e pelas palavras que “abraçam”.

**Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso - NESPI**, meu grupo de pesquisa, por ser parte dessa conquista e aprendizado.

**À professora Doutora Rosimere Santana e à professora Doutora Isabel Arrieira**, por contribuir na construção desse trabalho, trazendo considerações valiosas, ainda na defesa do projeto.

**Aos professores Raúl Fernando Guerrero-Castañeda e Nuno Félix**, pelo aceite em compor a banca examinadora, e por trazerem contribuições importantes para o aprimoramento do trabalho.

**A professora Doutora Lina Berardinelli e à professora Vera Sabóia**, que foram sempre receptivas e cirúrgicas nas contribuições acerca da metodologia da Pesquisa-Ação.

**Ao professor Gilberto Tadeu Reis**, por despertar em mim o aprimoramento sobre os construtos de Paulo Freire, com suas valiosas contribuições, quando esse estudo ainda era um projeto

**A Unidade de Oncohematologia e Transplante de Medula Óssea**, em especial, às enfermeiras e técnicas de enfermagem, que me acolheram e aceitaram construir conhecimento por meio da problematização coletiva. O quanto despertamos e aprendemos juntas, hein!!!  
Gratidão!!

**Aos meus colegas de doutorado da EEUFBA**, pela convivência e troca de saberes.

**A Lucivalda e Alinne Nogueira**, pelas palavras otimistas, incentivo e amizade.

**A minha amiga, Débora Medeiros**, a colérica que eu amo, companheira das dúvidas e incertezas, com seu incentivo de sempre “Amiga, vamos fazer o que tem que ser feito!”

**Aos professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da EEUFBA, por compartilhar conhecimentos. **A todos** que, de alguma forma, contribuíram para a minha passagem no doutorado; eterna gratidão!!

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".



Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

(Freire, 1989, p. 16)

## RESUMO

FREITAS, Raniele Araújo de. **Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer**. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

O câncer ainda é considerado uma doença temida e estigmatizada, causando desajuste biopsicossocioespiritual, mesmo com mecanismos de tratamentos avançados. A enfermeira tem responsabilidade de avaliar as necessidades espirituais e de promover o cuidado espiritual, sendo a compreensão multidimensional do ser humano imprescindível para a prática profissional e sistematização dos cuidados em sua totalidade. O estudo teve como objetivo geral implementar, participativamente, diagnósticos e cuidados de enfermagem voltados à dimensão espiritual da pessoa que vive com câncer. Pesquisa qualitativa, com procedimentos da Pesquisa-Ação como referencial metodológico. As participantes foram enfermeiras e técnicas de enfermagem da Unidade de Oncohematologia e Transplante de Medula Óssea de um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil, que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Para a coleta de dados foram utilizados: questionário para caracterização das participantes, a técnica do Mapa Falante, oficinas pedagógicas e o diário de bordo. As falas foram gravadas através de aparelho digital e organizadas e codificadas com auxílio do software Maxqda, submetidas a análise temática de Braun e Clarke, e interpretadas à luz dos construtos de Paulo Freire. A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos da Resoluções nº 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital. O estudo foi dividido em quatro fases: fase 1 - diagnóstico prévio, por meio do mapa falante; fase 2 - diagnóstico compartilhado e planejamento das ações a serem realizadas; fase 3 - intervenção, marcada pelo desenvolvimento de oficinas educativas com as propostas priorizadas pelas participantes e fase 4 - avaliação, que teve o objetivo de evidenciar, através do relato das participantes, de que forma as ações educativas contribuíram para a implementação dos diagnósticos e cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer. A fase 1 identificou o perfil das participantes, o conhecimento prévio sobre a temática; na fase 2, surgiram propostas de ações pautadas para o cuidado espiritual organizado no Processo de Enfermagem; na fase 3 de intervenção, as ações foram implementadas: oficinas contemplando as fases do Processo de Enfermagem com ênfase nos diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual, para implementação destes na prática; na fase 4 - Através da avaliação final, realizada de maneira processual e por meio de uma oficina três meses após a intervenção, foi possível constatar a médio prazo, mediante os relatos das participantes, as transformações ocorridas com a implementação proposta. Conclui-se que a realização de ações educativas e a educação problematizadora com enfermeiras e técnicas de enfermagem que cuidam de pessoas com câncer possibilitam estratégias para a assistência à dimensão espiritual, com inserção desta no Processo de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Religião. Neoplasias. Processo de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

FREITAS, Raniele Araújo de. **Implementation of diagnoses and nursing care to the spiritual dimension of the person with cancer.** 167f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2023.

Cancer is still considered a feared and stigmatized disease, causing biopsychosocial-spiritual maladjustment, even with advanced treatment mechanisms. The nurse has the responsibility to evaluate the spiritual needs and to promote spiritual care, being the multidimensional understanding of the human being indispensable for the professional practice and systematization of care in its entirety. The study had the general objective of participatively implementing nursing diagnoses and care focused on the spiritual dimension of the person living with cancer. Qualitative research, with Action Research procedures as a methodological reference. The participants were nurses and nursing technicians of the Oncohematology and Bone Marrow Transplantation Unit of a University Hospital in the Northeast of Brazil, who met the inclusion criteria of the study. For data collection we used: a questionnaire to characterize the participants, the Talking Map technique, pedagogical workshops, and a logbook. The speeches were recorded through a digital device and organized and coded with the help of Maxqda software, submitted to Braun and Clarke's thematic analysis, and interpreted in the light of Paulo Freire's constructs. The research was conducted in accordance with the precepts of Resolutions 466/12, 510/16 and 580/18 of the National Health Council, and approval of the Research Ethics Committee of the Hospital. The study was divided into four phases: phase 1 - previous diagnosis, through the talking map; phase 2 - shared diagnosis and planning of the actions to be performed; phase 3 - intervention, marked by the development of educational workshops with the proposals prioritized by the participants and phase 4 - evaluation, which aimed to show, through the participants' reports, how the educational actions contributed to the implementation of the diagnoses and care of the spiritual dimension of the person with cancer. In phase 1 the participants' profile was identified, as well as their previous knowledge about the theme; in phase 2, proposals for actions guided by the spiritual care organized in the Nursing Process emerged; in phase 3 of intervention, the actions were implemented: In phase 4, through the final evaluation, carried out in a procedural manner and through a workshop three months after the intervention, it was possible to verify in the medium term, through the participants' reports, the transformations that had occurred with the proposed implementation. It is concluded that the realization of educative actions and problematizing education with nurses and nursing technicians who care for people with cancer enables strategies for the assistance of the spiritual dimension, with the insertion of this dimension in the Nursing Process.

**Keywords:** Spirituality. Religion. Neoplasms. Nursing process. Nursing care.

## RESUMEN

FREITAS, Raniele Araújo de. **Implementación de diagnósticos y cuidados de enfermería a la dimensión espiritual de la persona con cáncer**. 167f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2023.

El cáncer aún es considerado una enfermedad temida y estigmatizada, causando desajuste biopsicosocial-espiritual, incluso con mecanismos avanzados de tratamiento. La enfermera tiene la responsabilidad de evaluar las necesidades espirituales y promover el cuidado espiritual, siendo la comprensión multidimensional del ser humano indispensable para la práctica profesional y sistematización del cuidado en su totalidad. El objetivo general del estudio fue implementar, de forma participativa, diagnósticos y cuidados de enfermería centrados en la dimensión espiritual de la persona que vive con cáncer. Investigación cualitativa, con procedimientos de la Investigación-Acción como referencia metodológica. Los participantes fueron enfermeros y técnicos de enfermería de la Unidad de Oncohematología y Trasplante de Médula Ósea de un Hospital Universitario del Nordeste de Brasil, que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Para la recolección de datos se utilizaron: un cuestionario para caracterizar a los participantes, la técnica del Mapa Parlante, talleres pedagógicos y un cuaderno de bitácora. Los discursos fueron grabados a través de un dispositivo digital y organizados y codificados con la ayuda del software Maxqda, sometidos al análisis temático de Braun y Clarke, e interpretados a la luz de los constructos de Paulo Freire. La investigación se realizó de acuerdo con los preceptos de las Resoluciones 466/12, 510/16 y 580/18 del Consejo Nacional de Salud, y aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital. El estudio se dividió en cuatro fases: fase 1 - diagnóstico previo, a través del mapa parlante; fase 2 - diagnóstico compartido y planificación de las acciones a realizar; fase 3 - intervención, marcada por el desarrollo de talleres educativos con las propuestas priorizadas por los participantes y fase 4 - evaluación, que tuvo como objetivo destacar, a través de los relatos de los participantes, cómo las acciones educativas contribuyeron para la implementación de los diagnósticos y cuidados de la dimensión espiritual de la persona con cáncer. En la fase 1 se identificó el perfil de los participantes y sus conocimientos previos sobre el tema; en la fase 2 surgieron propuestas de acciones basadas en los cuidados espirituales organizados en el Proceso Enfermero; en la fase 3 de intervención se implementaron las acciones: En la fase 4 - A través de la evaluación final, realizada de forma procesual y por medio de un taller tres meses después de la intervención, fue posible verificar a medio plazo, por medio de los relatos de los participantes, las transformaciones ocurridas con la implementación propuesta. Concluimos que la implementación de actividades educativas y problematizadoras de la educación con enfermeros y técnicos de enfermería que atienden a personas con cáncer posibilita estrategias de atención a la dimensión espiritual, insertándola en el Proceso de Enfermería.

**Palabras-clave:** Espiritualidad. Religión. Neoplasias. Proceso de enfermeira. Cuidados de enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Organização e codificação dos dados no estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	63
<b>Figura 2</b>	Mapa Falante. Atividade 1. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	73
<b>Figura 3</b>	Mapa Falante. Atividade 2. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	76
<b>Figura 4</b>	Mapa Falante. Atividade 3. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	78
<b>Figura 5</b>	Fases do Processo de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	85
<b>Figura 6</b>	Diagnósticos de enfermagem inseridos no prontuário eletrônico. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	93
<b>Figura 7</b>	Cuidados de enfermagem inseridos no prontuário eletrônico. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	93

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Dados das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	59
<b>Quadro 2</b>	Atividades programadas para a fase de implementação da pesquisa-ação. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	69
<b>Quadro 3</b>	Propostas priorizadas sobre os problemas de enfermagem, selecionados pelos participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	73
<b>Quadro 4</b>	Diagnósticos de Enfermagem selecionados pelos participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	76
<b>Quadro 5</b>	Cuidados de Enfermagem elencados pelos participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRE	Central de Regulação Estadual
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
GT	Grupo de Trabalho
HE	Histórico de Enfermagem
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Latino Americana
NANDA-II	Taxonomia II da <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NESPI	Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
PA	Pesquisa-Ação
PE	Processo de Enfermagem
PubMed	<i>US National Library of Medicine</i>
QV	Qualidade de Vida
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCieLO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TMO	Transplante de Medula Óssea
UOH	Unidade de Oncohematologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

## SUMÁRIO

<b>1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA .....</b>	<b>17</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>3 CONHECENDO O ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>28</b>
3.1 A PESSOA COM CÂNCER E AS MUDANÇAS NO COTIDIANO.....	28
3.2 A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE COMO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO CÂNCER.....	30
3.3 O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER.....	33
3.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO NO CUIDADO À ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DA PESSOA COM CÂNCER.....	35
<b>4 OS CONSTRUTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE .....</b>	<b>40</b>
4.1 O APRENDIZADO CRÍTICO-REFLEXIVO ATRAVÉS DA PROBLEMATIZAÇÃO DA REALIDADE .....	42
4.2 O DIÁLOGO COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM PARA A EDUCAÇÃO LIBERTADORA-HUMANISTA.....	47
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>52</b>
5.1 TIPO DO ESTUDO.....	52
5.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO DA PESQUISA-AÇÃO .....	52
5.3 LOCAL DO ESTUDO .....	56
5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	57
5.5 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS .....	58
5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	61
5.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	62
5.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	64
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>66</b>
6.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	66
6.2.1 Diagnóstico situacional da realidade .....	70
6.2.2 Planejamento e implementação das ações educativas.....	79
6.2.3 Avaliação da ação educativa.....	91
<b>6.3 APRESENTANDO OS TEMAS CONSTRUÍDOS NAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO E A COMPREENSÃO DA AÇÃO EDUCATIVA A LUZ DOS CONSTRUTOS FREIREANO .....</b>	<b>93</b>

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE A – Descrição da busca nas bases de dados .....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário .....</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro do mapa falante .....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE E – Roteiro das oficinas educativas.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE F – Avaliação das oficinas educativas.....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE G – Roteiro de avaliação final da pesquisa-ação.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE I – Carta convite .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE J – Material complementar - mapa falante .....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE K – Caso clínico - primeira oficina .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO A – Carta de anuência .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO C – Modelo do histórico de enfermagem.....</b>	<b>166</b>



## 1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Eu sou a Raniele, primogênita e nasci em Feira de Santana, interior da Bahia, que fica a 100km da capital baiana. Aos dois anos de idade, meu pai foi transferido para Juazeiro-Bahia, por motivo de trabalho, e lá ficamos por alguns anos, eu e meus pais. Não tínhamos familiares na cidade, nem conhecidos, e por ser uma criança apegada a avó materna, lembro-me da saudade e choros pela distância. Aos oito anos, retornamos para Feira de Santana, com minha irmã e meu irmão já nascidos. Em família, tínhamos a prática de orações, diálogos e agradecimento ao sagrado, ouvindo sempre da minha mãe “melhores dias virão”, e da minha avó “se confie em Deus e ele tudo fará”.

Quando retornei à Feira de Santana, eu acompanhava sempre a minha avó, que foi evangélica por quase 40 anos, nos cultos da igreja, nas vigílias nas madrugadas e em todas as suas práticas religiosas, embora eu fosse católica, chegando a fazer catequese, primeira comunhão e demais atividades do catolicismo. Até hoje, meus pais são frequentadores do grupo de casais da Igreja Católica.

Finalizei meus estudos nas escolas de Feira de Santana - Bahia, e em 2003 ingressei no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Me formei em 2007, em janeiro de 2008 fui aprovada na seleção para Pós-graduação no formato de Residência em Terapia Intensiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 15 dias eu estava morando em Salvador. Mais uma vez, me deparava com a necessidade de ressignificar a distância da família, e por muitas vezes saía do hospital e entrava na igreja do bairro de Brotas, para rezar e pedir um conforto.

Finalizei o curso de residência em 2010 e fui trabalhar em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na cidade de Salvador, uma privada (44h semanais) e outra pública (36h semanais) totalizando 80 horas semanais. Durante a minha atuação na Enfermagem Intensiva nos hospitais em Salvador-Ba, por aproximadamente nove anos, vivenciei inúmeros momentos em que as pessoas hospitalizadas externavam suas demandas de cunho espiritual e exercício da religiosidade, mas eu não possuía o conhecimento e a sensibilidade para notar tais problemas de enfermagem que demandavam cuidados específicos, embora eu sempre fizesse minhas orações e conexão com o Sagrado em momentos difíceis na UTI. Saliento que na graduação ,eu não tive aula sobre a temática, e apenas uma aula sobre morte e morrer.

Em fevereiro de 2015 vivenciei a morte do meu avô paterno, que desenvolveu leucemia aos 89 anos. Muito religioso, carregava sempre imagens pequenas de Santos da Igreja Católica no bolso da sua camisa, e oportunamente, sempre falava de Deus e desses Santos aos netos.

Suas últimas palavras, no leito de hospital, segurando as mãos de um primo foi: “segura na mão de Deus e vai!”. Ainda em 2015, no mês de maio, vivenciei o processo de adoecimento por câncer e morte da minha querida avó materna, que muito manifestava a sua fé no cotidiano diante as dificuldades pelas comorbidades que possuía, o que chamava a minha atenção sobre tamanha esperança, fé e confiança. Em muitas hospitalizações da minha avó, eu como acompanhante e enfermeira, não me recordo de presenciar algum tipo de cuidado à dimensão que ela tanto manifestava por parte da equipe de saúde, visto que estava sempre fazendo a leitura desua bíblia, e sempre em oração ali quietinha no leito. Continuei enfermeira de Unidade de UTI, presenciando muitas manifestações de ordem espiritual e religiosa, e nunca me atentei para essa dimensão em meio a tantos aparatos tecnológicos da unidade.

No hospital privado em que eu trabalhava, iniciava-se a comissão de Cuidados Paliativos. Foi quando uma colega convidou-me para fazermos a seleção como aluna especial do mestrado, oferecida pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA, no ano de 2016. Nesta, fui aprovada, e como aluna especial da disciplina Cuidados Paliativos e Tanatologia, conheci artigos sobre a espiritualidade analisados a luz do referencial de Viktor Frankl, em que tratava do sentido da vida de quem vivencia o câncer. Lembro-me que um artigo me fez refletir muito sobre a minha prática enquanto intensivista, o que me motivou a leitura minuciosa do material.

Concomitante, comecei a frequentar as reuniões do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI), na Escola de Enfermagem da UFBA, e a produzir resumos e artigos. Participei do processo seletivo para o mestrado, fui aprovada, e optei por cursar a disciplina Espiritualidade e Saúde; aquela disciplina que o aluno começa a questionar a sua prática tecnicista e hospitalocêntrica pautada no cuidado biológico.

Tais vivências na pós-graduação possibilitaram a minha participação ativa durante as discussões enriquecedores e construtivas, com reflexões sobre terminalidade, espiritualidade e religiosidade, e participação em eventos sobre a temática, com oportunidade de apresentação de trabalhos e publicações de artigos científicos. Adquiri diversos livros do autor supracitado e de demais autores referências em Espiritualidade e Saúde, que passaram a ser parte da minha leitura diária, o que despertou o desejo de desenvolver a minha dissertação de mestrado nesse tema. Em diálogos com a minha orientadora, sugeri tal investigação e apresentei minhas ideias que foram prontamente “abraçadas” por ela, e nesse caminhar, construímos nossa proposta de estudo.

Na dissertação de mestrado, entrevistei pessoas idosas com câncer em um ambulatório de quimioterapia e analisei suas falas a luz do referencial de Victor Frankl, que resultou em

uma construção científica cheia de sentidos, diante os achados tão impactantes sobre o cotidiano com a espiritualidade, religiosidade, fé e câncer.

Saliento que, durante o mestrado, tive a oportunidade de ser tutora de uma aluna de Iniciação Científica, orientada pela professora Tânia Menezes, intitulado “O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual do ser na assistência hospitalar: revisão integrativa”, com produções de trabalhos sobre o tema. Atuei como docente substituta da Escola de Enfermagem da UFBA, e de outra faculdade privada, e no ensino-aprendizagem eu sempre encontrava uma oportunidade de abordar com os alunos a temática, e como eles poderiam aplicar o cuidado à dimensão espiritual em suas práticas.

Comecei a ministrar palestras, aulas e participar de mesas redondas, a convite de algumas instituições sobre a temática Espiritualidade, Enfermagem e Saúde. Na faculdade privada em que fui docente, surgiu a oportunidade de orientar projetos de Iniciação Científica, o que possibilitou a criação de um projeto matriz e três subprojetos com três orientandas, e certamente, tratavam sobre a importância do binômio Espiritualidade/religiosidade à pessoa que vivencia o adoecimento crônico.

A inquietação da tese de doutorado se deu com os resultados da minha dissertação de mestrado, onde, ao investigar o sentido da espiritualidade e da religiosidade no vivido da pessoa idosa com câncer, identifiquei que o binômio é um importante aliado no enfrentamento do dia a dia de quem vivencia o câncer, e que muitas pessoas realizam a aproximação com o sagrado em seu vivido e se apegam a fé, que traz força, conforto e esperança. Em contrapartida, os participantes trouxeram, de maneira marcante, relatos com a vivência do sofrimento, culpa e morte. Para além desses achados, identifiquei que muito apoio da equipe médica e de psicologia foram citados nesses aspectos, porém, não houve menção a equipe de enfermagem, o que me fez resgatar as vivências com a minha avó nos ambientes hospitalares, e não visualizar os cuidados a essa dimensão, também em prontuário.

Ao avaliar o Processo de Enfermagem (PE), ainda na coleta de dados no mestrado, não foi identificado o uso de diagnósticos e cuidados voltados à dimensão espiritual das pessoas em quimioterapia ambulatorial ou internadas, embora religião/religiosidade seja um tópico preenchido no Histórico de Enfermagem (HE). Com isso, surgiu questionamentos de como nós, equipe de enfermagem podemos inserir esses cuidados à dimensão espiritual na prática assistencial.

A espiritualidade e o sentido da vida passaram a me intrigar e geram questionamentos sobre o cuidado espiritual no processo de adoecimento quando nós, enfermeiras, recebemos pessoas no internamento hospitalar. Com essa lacuna identificada, despertei o interesse em

motivar enfermeiras acerca do uso de Diagnósticos de Enfermagem (DE) sobre a espiritualidade e a religiosidade, bem como a implementação de cuidados pertinentes a esses diagnósticos em prescrições de enfermagem, no intuito de abarcar essa dimensão que faz parte do ser humano em sua totalidade e sinalizada desde o HE do método que direciona a prática da enfermagem, o PE.

## 2 INTRODUÇÃO

O cuidado fundamentado nas etapas do PE possibilita o julgamento coerente, a tomada de decisão adequada, com intervenções de enfermagem embasadas em um método científico, propiciando uma atuação profissional humana, ética e eficaz, e possibilita a sistemática reavaliação dos resultados obtidos com o uso das intervenções de cuidado e a reprogramação possível para ações anteriormente planejadas (NEGREIROS *et al.*, 2022).

Na prática, observa-se que o cuidado de enfermagem ainda se mantém na lógica cartesiana, biológica, fragmentada, configurando-se em um modelo que privilegia a atenção da dimensão física, em detrimento do cuidado das ligações que constituem a pessoa em toda a sua existência, incluindo-se a espiritual (BORGES; SANTOS, 2013). No decorrer da vida, a pessoa é estimulada, em vários momentos, a buscar por equilíbrio, bem-estar e por estratégias de enfrentamento: de um lado, há demandas das relações interpessoais com o meio em que está inserido; de outro, a manutenção do bem-estar físico, mental, social e, por que não, espiritual (JILLOU *et al.*, 2021). Por isso, a compreensão multidimensional do ser humano se torna imprescindível para a prática profissional e sistematização do cuidado em sua totalidade.

No contexto da equipe de enfermagem, as ações educativas têm utilizado ferramentas que favorecem a mediação de processos de ensinar e aprender na prática (CARVALHO *et al.*, 2018). A busca de transformação da realidade, aliada ao método de educação dialógica de Paulo Freire, aplicado no campo da saúde, possibilita a construção de um cuidado transformado. O diálogo em Freire é compreendido como o momento em que os seres humanos se encontram para conhecer e refletir sobre sua realidade, tal como a fazem e refazem como seres conscientes e comunicativos que são (FREIRE, 2013).

Assim, a pesquisa buscou concretizar uma ação educativa para implementar DE existentes na Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-II) e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual, ampliando a aplicação do PE à pessoa com doença oncológica.

A dimensão espiritual inclui a espiritualidade e religiosidade do ser humano. A espiritualidade envolve valores pessoais e íntimos, traz o que impulsiona a vida e possibilita o crescimento pessoal e a ressignificação das vivências, norteando o sentido da vida. A religiosidade é a prática da religião, e se refere a um conjunto de crenças, linguagem e práticas dogmáticas, que se alicerçam em uma afiliação religiosa, com seus símbolos, rituais, cerimônias e explicações próprias acerca da vida e da morte (FREITAS *et al.*, 2020). Nesse estudo, ao trabalharmos a dimensão espiritual, nos referenciaremos a espiritualidade e religiosidade.

Nesse aspecto, a dimensão espiritual é expressa por cada ser de forma peculiar, inerente à sua natureza intrínseca, o que possibilita a renovação da esperança de sobreviver ao câncer, uma vez que as crenças religiosas e espirituais fornecem possibilidades de ressignificar as experiências de vida, principalmente no que concerne ao processo de adoecimento (COSTA *et al.*, 2019).

Tratando da patologia em questão, o câncer é uma doença que implica situação de estresse significativo, desde a fase de diagnóstico até os estágios mais avançados, visto que esta patologia desencadeia ideias de sofrimento, morte e finitude (LEITE *et al.*, 2018). É uma enfermidade que gera desafios às pessoas acometidas, que podem ter seu equilíbrio psicológico e espiritual ameaçado pelo resultado do diagnóstico e as mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e do tratamento. Diante disto, a adaptação ou o ajuste no cotidiano com câncer é um processo durante o qual cada pessoa procura controlar sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (LEITE; NOGUEIRA, 2015).

Embora os estudos acerca do câncer sejam constantes, e os mecanismos de tratamentos avançados, ainda é considerada uma doença temida e estigmatizada, e causa um grande desajuste biopsicossocioespiritual. O diagnóstico de câncer carrega consigo estigmas que podem ter um efeito devastador, e remete à ideia de morte, ao medo do dia a dia, além de implicações relacionadas à perda da produtividade e das capacidades físicas das pessoas (FREITAS *et al.*, 2020).

Silva e colaboradores (2019) afirmam que, ao enfrentar o sofrimento causado pelas doenças graves e crônicas, muitas pessoas buscam apoio na espiritualidade ou na religiosidade, que podem facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências negativas de situações de vida desafiadoras. Com isso, a religiosidade e a espiritualidade podem assumir efeito positivo para a pessoa com doença oncológica, diminuindo as experiências negativas, auxiliando no enfrentamento e adaptação, bem como aprimorando a Qualidade de Vida (QV) (LEITE *et al.*, 2018).

A espiritualidade e o bem-estar espiritual têm demonstrado um efeito positivo em pacientes com câncer, como um importante componente de saúde e contentamento (PUCHALSKI *et al.*, 2019). Estudo na Nova Zelândia e Irã concluiu que os entrevistados utilizaram a religiosidade como recurso no enfrentamento do câncer, reafirmando a influência benéfica da espiritualidade e religiosidade, as quais envolvem o conforto e a esperança que auxiliam na aceitação da doença (NEJAT; WHITEHEAD; CROWE, 2017). O mesmo estudo trouxe que as crenças religiosas e/ou espirituais são importantes fontes de apoio para pessoas

que vivem com câncer. Para Freire e colaboradores (2017), a religiosidade/espiritualidade é uma importante estratégia para enfrentar a doença oncológica, considerando que pessoas relataram o significado positivo do apoio recebido, porque a fé fornece uma forma construtiva de pensamento sobre a doença e a vida.

Os pacientes diagnosticados com câncer vivenciam muitos momentos de crise ao longo de sua doença, sendo o momento do diagnóstico relatado por pacientes e familiares como um dos mais traumáticos do ponto de vista psicológico e existencial. Sentimentos de ameaça à vida, deterioração física e interrupção de projetos de vida comumente promovem a necessidade de repensar valores e construir novas bases. Sobre isso, aqueles com uma espiritualidade mais elaborada podem lidar com mais facilidade, possivelmente com maior adesão e resiliência ao tratamento (TOLOI *et al.*, 2022).

Associações entre resiliência, sofrimento e espiritualidade são evidenciadas, concluindo que a dimensão espiritual de pessoas com câncer deve ser incluída nas intervenções de saúde, uma vez que parece estar relacionada a um maior crescimento existencial, adaptação à doença, bem-estar funcional e QV (CHENG *et al.*, 2019).

O estudo de Silva e colaboradores (2019) traz que a assistência à saúde não se limita a aspectos biológicos, e que os profissionais devem contemplar diagnósticos e intervenções referentes às dimensões religiosa e espiritual em seu processo de avaliação, favorecendo, assim, os resultados em saúde. O estudo de Didomênico e colaboradores (2019) corrobora, apontando a espiritualidade como recurso para o enfrentamento da doença oncológica, demonstrando que esta é uma necessidade humana básica que deve ser contemplada nas instituições de saúde pelos profissionais. Nesse escopo, enfermeiras<sup>1</sup> têm percebido que a espiritualidade demonstra impacto na saúde física, atuando para melhorar a QV, maior sobrevida e menor tempo de internação, porém, dificuldades ainda são existentes e dificultam o cuidado holístico tão comentado na prática (LIMA; GONÇALVES, 2020).

Embora não exista um consenso acerca do conceito de cuidado espiritual, estudo analisando definições estabelecidas em diversos países definiu o cuidado espiritual como um processo estruturado, centrado no paciente, levando em consideração a sua compreensão do ser e do existir no mundo, podendo o profissional identificar problemas de cunho espiritual e/ou

---

<sup>1</sup>Nesse estudo, optou-se por utilizar a palavra enfermeira e técnica de enfermagem, devido a predominância do gênero feminino na área da enfermagem.

religioso que possui um sentido estável ou entrou em colapso, e assim, sistematizar cuidados acerca das necessidades espirituais e religiosas (NISSEN; VIFTRUP; HVIDT, 2021).

Nesse contexto, é importante que os profissionais da saúde que cuidam dessas pessoas saibam identificar, diagnosticar, intervir e avaliar as demandas reais e potenciais da dimensão espiritual, sendo a angústia espiritual mais frequentemente associada a um declínio no bem-estar físico ou mental, em virtude do avanço e agravamento da doença e do prognóstico. Existe uma ligação entre a QV, espiritualidade e religiosidade, que pode resultar na pessoa com câncer vivendo o risco ou o próprio sofrimento espiritual, o que pode levar a uma redução da QV, particularmente em um momento em que o câncer não responde mais ao tratamento curativo (CALDEIRA *et al.*, 2017).

A atenção às questões espirituais não deve ser vista apenas como trabalho do capelão, do clero comunitário, ou das equipes de psicologia. É importante que todos os profissionais da saúde compreendam que a dimensão espiritual faz parte do cuidado em saúde à pessoa com câncer, para que o cuidado holístico que é frequentemente atestado possa ser prestado (CONNOLLY; TIMMINS, 2021).

A enfermeira deve avaliar as necessidades espirituais e promover a saúde espiritual de pacientes, porém, ao explorar a experiência e a percepção dessas profissionais sobre o cuidado espiritual, Nascimento e colaboradores (2016) concluíram que o plano de cuidado de algumas enfermeiras era hierarquizado de acordo com as necessidades do paciente, com prioridade para as necessidades fisiológicas. Apesar da importância dada à dimensão espiritual do paciente, e da responsabilidade da enfermeira no atendimento dessas necessidades, esse cuidado, quando aconteceu na prática clínica, se deu de forma assistemática e muito associada às manifestações religiosas.

Sobre o PE, a enfermeira dispõe do sistema de classificação taxonômica proposta pela NANDA-II, que se traduz como um norteador para o trabalho assistencial, citando, dentre muitos DE, religiosidade prejudicada, disposição para religiosidade melhorada, risco de religiosidade prejudicada, risco de sofrimento espiritual e sofrimento espiritual (NANDA, 2021), que comumente não são utilizados, e os cuidados de enfermagem sobre esses aspectos não são estabelecidos, embora estejam previstos e descritos na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (MOORHEAD *et al.*, 2010) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (BUTCHER *et al.*, 2022).

Na NIC é possível identificar cuidados de enfermagem que são intervenções e ações planejadas e implementadas em um determinado período de tempo, em função dos DE e problemas de enfermagem. Etapa em que esses cuidados são elencados inclui a NOC e o



planejamento, privativos das enfermeiras, e a implementação da prescrição de cuidados, de responsabilidade de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. A execução das ações de cuidado gera as evoluções e anotações de enfermagem, que correspondem à documentação das respostas da pessoa assistida durante e/ou após a realização dos cuidados (MARIA, 2020).

A fim de buscar o estado da arte sobre a temática foi realizado um levantamento da literatura nas bases de dados *US Nacional Library of Medicine (PubMed)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*; Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online (ScieLO)*, Banco de Dados em Enfermagem: literatura brasileira (BDENF) e no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através da consulta dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas português e inglês: “espiritualidade”, “religião” “neoplasias”, e “cuidados de enfermagem” em suas combinações, utilizando o operador booleano AND (“espiritualidade AND neoplasias AND “cuidados de enfermagem; “religião AND neoplasias AND “cuidados de enfermagem; “*spirituality AND neoplasm AND “nursing care”* e “*religion AND neoplasm AND “nursing care”*) durante o mês de novembro de 2022.

Os artigos científicos selecionados pela estratégia de busca (APÊNDICE A) foram avaliados de maneira independente, obedecendo aos critérios de inclusão: texto na íntegra, disponível gratuitamente, tipo de estudo (sem delimitação), idioma (português, inglês e espanhol), e ano de publicação (sem delimitação).

De um modo geral, a literatura científica discorre sobre a influência do binômio espiritualidade/religiosidade de maneira positiva no cotidiano das pessoas com câncer, porém sobre a assistência da equipe de enfermagem, não foram encontradas publicações sobre o uso de DE e cuidados direcionados a essa dimensão na assistência e/ou no PE, embora tenha sido encontrados artigos que versam sobre a angústia espiritual de pessoas em adoecimento, dando ênfase as publicações sobre as dificuldades dos enfermeiros em inserir a temática na prática clínica e a necessidade da equipe de enfermagem se aproximar do assunto, visto a relevância que exerce na vida das pessoas com doenças oncológicas.

Sobre a produção de teses e dissertações, apenas duas dissertações foram selecionadas: uma, abordava o cuidado espiritual por parte da equipe de cuidados paliativos, de maneira informal, não mencionando o cuidado da enfermagem sobre essa dimensão; e outra, tratava-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado espiritual, com um guia de aconselhamento espiritual, porém não abordava o cuidado formalizado por meio do PE.

Com isso, a tese surge por meus questionamentos enquanto enfermeira, em que observo o desconhecimento e as fragilidades existentes no PE, no que concerne a trabalhar frente à dimensão espiritual de pessoas em adoecimento crônico, que muitas vezes expressam essa demanda. Estudos trazem que a espiritualidade tem sido alvo de pesquisas referentes ao seu papel como estratégia de enfrentamento utilizada por pacientes com câncer, tendo em vista sua importância, assim como da religião, ao exercer efeito protetor diante dos impactos negativos advindos da doença oncológica. (ARRIERA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2019; FREITAS *et al.*, 2020; LIMA; GONÇALVES, 2020; SILVA *et al.*, 2019).

O acesso a espiritualidade e a religiosidade pode, muitas vezes, ser uma surpresa para as pessoas enfermas e seus familiares, como um recurso inexplorado que se torna favorável ao lidar com um diagnóstico de câncer e o possível prognóstico ruim da doença. Reforça-se que é importante que o plano de cuidados seja individualizado, determinado pelas necessidades particulares de cada pessoa e leve em consideração, também, quaisquer crenças positivas e negativas potenciais decorrentes da fé pessoal (CONNOLLY; TIMMINS, 2021).

A pedagogia de Paulo Freire contempla, nesse estudo, como construto pautado em questionamentos, dialogicidade e na educação libertadora e transformadora, na medida em que propõe discussões e reflexões, de forma consciente e crítica, reforça a importância do processo educativo na realidade vivenciada. Diante disso, a teoria selecionada buscará promover suporte sobre as mudanças efetivas no processo do cuidado de enfermeiras e técnicas de enfermagem, que foca a importância do trabalho em grupo a partir dos temas geradores (FREIRE, 2011a; FREIRE, 2013).

Em um fazer tão impregnado pela dimensão técnica do trabalho, o cuidado da equipe de enfermagem impõe desafios para além de conteúdo. Assim, destaca-se o respaldo nos construtos teóricos e metodológicos freireanos para a transformação das práticas de enfermagem, por meio da colaboração possibilitada pela dialogicidade, no desenvolvimento de uma autonomia vinda de uma ação revolucionária e libertadora (FREIRE, 2013).

A tese de partida pauta-se que ações educativas e a educação problematizadora com enfermeiras e técnicas de enfermagem que cuidam de pessoas com câncer possibilitam estratégias para a assistência à dimensão espiritual, com inserção desta no PE. Sabe-se que as ações educativas vêm sendo utilizadas como metodologias para estimular a problematização da realidade atual, transformação de práticas e aperfeiçoamento profissional de enfermagem em serviço (JESUS *et al.*, 2011).

Nesse contexto, delinea-se a seguinte questão de pesquisa: as ações educativas com a equipe de enfermagem, contribuem para a implementação de diagnósticos de enfermagem e de

cuidados voltados à dimensão espiritual da pessoa com câncer? O estudo tem como objetivo: implementar, participativamente, diagnósticos e cuidados de enfermagem voltados à dimensão espiritual da pessoa que vive com câncer.

Para atingir ao objetivo geral foram realizadas ações educativas com a equipe de enfermagem para alcançar os seguintes objetivos específicos:

1. Verificar o conhecimento de enfermeiras e técnicas de enfermagem sobre espiritualidade e religiosidade e como compreendem a dimensão espiritual no contexto da doença oncológica;
2. Conhecer a importância da identificação dos problemas de enfermagem acerca da espiritualidade e religiosidade para o cumprimento do PE;
3. Conhecer fatores intervenientes para o uso dos diagnósticos sobre a dimensão espiritual pelas enfermeiras, propostos pela NANDA-II e cuidados de enfermagem;
4. Construir, coletivamente, uma listagem de diagnósticos e cuidados de enfermagem a serem implementados no PE do hospital a serem aplicados na prática.

Destarte, o estudo poderá, através da ação educativa com os profissionais de enfermagem do serviço oncológico, gerar processos de reflexões coparticipativos à prática clínica e fortalecer a compreensão da importância da assistência à dimensão espiritual para a pessoa em adoecimento crônico, e/ou estimular práticas espirituais e religiosas desejadas pelo ser cuidado, e não apenas quando se demanda.

Para além, o estudo possibilitará a ampliação de novos saberes acerca da temática incipiente na literatura científica e o resgate da atenção à dimensão espiritual pela enfermagem, que ao longo dos anos, foi esquecida e, assim, na maioria das situações de saúde, excluída do PE, não abrangendo o ser biopsicossocioespiritual em sua totalidade.

### 3 CONHECENDO O ESTADO DA ARTE

O câncer tem prevalência crescente, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas desenvolverá câncer em algum momento de suas vidas (OMS, 2021), sendo que ocorreram aproximadamente 260.000 mortes entre 2020 e 2022 (INCA, 2019). São esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 (incluindo câncer de pele não melanoma), com estimativa de 38.840 casos de câncer na Bahia, por 100 mil habitantes, no ano de 2023 (INCA, 2022).

No que concerne ao tratamento do câncer, o paciente pode se defrontar com possíveis alterações na aparência física, limitações e impedimentos de atividades rotineiras que, muitas vezes, somam-se ao estigma da doença, à dificuldade para enfrentar o tratamento e seus efeitos colaterais, e à readaptação (SANTOS, 2018; TOLOI, 2022). A QV é fundamental para o ser humano, porém, para a maioria dos pacientes com câncer, vai gradativamente diminuindo, sendo importante que a pessoa receba assistência à saúde de maneira integral, não somente biológica, com vistas à dimensão espiritual, tão utilizada como importante estratégia de resiliência da pessoa que vive com o câncer.

#### 3.1 A PESSOA COM CÂNCER E AS MUDANÇAS NO COTIDIANO

Câncer é o conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem disseminar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo; quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas (INCA, 2019).

As estimativas mostram o aumento do número de casos a cada ano, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O diagnóstico em estágio inicial tem possibilidade de cura de até 80% dos casos, entretanto, 60% desses pacientes descobrem o diagnóstico no estágio tardio (LISBOA; VALENÇA, 2016). Dentre as complicações causadas pela proliferação exacerbada das células, principalmente, as ocasionadas pelo diagnóstico tardio, estão o desenvolvimento das feridas oncológicas, que podem ser encontradas de 5 a 10% das pessoas com algum tipo de câncer. Os cânceres de cabeça e pescoço são os que mais contribuem

para esta complicação, por apresentarem doença avançada, resultado de um câncer agressivo ou metastático no diagnóstico tardio (VICENTE *et al.*, 2019).

A enfermidade possui causas multifatoriais, tanto internas como externas que interagem entre si, podendo ser causadas por fatores de risco modificáveis como obesidade e tabagismo; e não modificáveis, como os hereditários, por exemplo. Sabe-se que o câncer influencia nas dimensões humanas (biológicas, psicológicas, sociais e espirituais), contribuindo para que as alterações no cotidiano em decorrência do tratamento, mudanças na autoimagem e isolamento social (INCA, 2020).

A palavra “câncer” possui um estigma de doença sem cura, mediada por sofrimento, estando relacionada à morte. Por ser uma doença de grande magnitude, confere a pessoa um sentimento de risco iminente de morte, o que provoca importantes mudanças em sua vida e de seus familiares, ao estarem diante da situação (MARTINS; NASCIMENTO, 2017; GARCIA *et al.*, 2015).

Sabe-se que a pessoa com doença oncológica pode ter o equilíbrio ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e do tratamento, incluindo alterações na autoestima. Diante disto, a adaptação ou o ajuste ao câncer é um processo durante o qual cada pessoa procura amenizar sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (CHAVES *et al.*, 2020).

As mudanças acontecem no biopsicossocioespiritual da pessoa e implicam na reestruturação das expectativas de todos os envolvidos, trazendo mudanças na vida diária. O medo da dor, mutilação do corpo e a incerteza do futuro acabam gerando um grande desequilíbrio. Questionamentos ligados a vida, doença e morte passam a povoar a mente e, conforme a doença evolui, tornam-se mais intensos e dolorosos esses pensamentos, gerando grandes modificações no cotidiano, que se somam às demais fragilidades já postas perante o diagnóstico (SETTE, GRADVOHL, 2014).

Estudo evidenciou o processo de diagnóstico como o período mais difícil e angustiante, e ao ser encaminhado à instituição hospitalar para o tratamento do câncer, fatores como ansiedade, dor e desconhecimento da doença são problemas que estão longe de serem sanados. Há relatos de sentimentos contraditórios e intensos, nos quais o medo, a raiva, a dúvida e até mesmo a aceitação passam a fazer parte do cotidiano (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2016).

O apego à espiritualidade e à religiosidade influencia positivamente na saúde biopsicossocial do paciente com câncer, à medida que pode melhorar a QV, o bem-estar e a vitalidade, e contribui na redução do estresse, impacto da dor, fadiga ou percepção de ameaça à vida. Pessoas com a dimensão espiritual atuante apresentam maior aceitação do câncer e

tratamento, além de maior esperança e positividade no decorrer da doença (FERREIRA *et al.*, 2020), mesmo com reações de formas diferentes nas pessoas, visto que a doença vai além da dor física, fazendo com que um novo estilo de vida seja assumido, de maneira repentina (SILVA; CRUZ, 2011).

As alterações físicas e psicológicas em longo prazo, somadas à quimioterapia, representam impactos significativos na vida da pessoa e suas relações com as dimensões familiares, sociais e laborais, mesmo quando são alcançados resultados positivos com o tratamento. Ao considerar os avanços nas modalidades terapêuticas, ou quando o prognóstico está fora de possibilidades terapêuticas, é imprescindível a assistência que vise a melhoria da QV (UNITED STATES, 2018).

As doenças neoplásicas passam a representar a ligação da pessoa com a sua vida, que muitas vezes sente não haver mais controle sobre ela e passa, então, a sentir ansiedade e medo diante do que pode acontecer no seu futuro, e pensamentos acerca do sentido da vida. Sobre isso, interpretações errôneas sobre a contaminação da doença podem isolar a pessoa e sua família de todo o convívio social (OLIVEIRA; QUELUZ, 2016).

Nesse contexto de mudanças e sentimentos diversos, uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e a crenças religiosas; ou seja, formas de expressar a espiritualidade. O estudo de Guerrero e colaboradores (2011) mostra que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas, e que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários, ao planejar o cuidado de enfermagem.

A literatura reconhece a potencial interferência da dimensão espiritual na saúde, da prevenção ao manejo de sintomas e QV. Destaca o aspecto multidimensional das definições dos constructos, com diferentes dimensões e variáveis. Com isso, o binômio pode influenciar e ser influenciado por diferentes resultados em saúde (PARK *et al.*, 2017).

### 3.2 A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE COMO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO CÂNCER

O termo espiritualidade foi inserido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no conceito multidimensional de saúde, anteriormente definida como bem-estar físico, emocional, psicológico e social (WHO, 1998). Não se limita a determinada crença ou prática religiosa e está relacionado às questões como o sentido da vida e sua relação com bem-estar (TONIOL, 2015; FORTUNA *et al.*, 2016). A espiritualidade se mostra como uma importante ferramenta

de enfrentamento das dificuldades e atribuição de significados à vida, fornecendo esperança, fé, conforto e motivação (SOUZA *et al.*, 2017).

A espiritualidade é a característica mais específica do homem, e a dimensão espiritual é composta pelas dimensões existencial e transcendental. Com isso, a espiritualidade e a religiosidade demarcam seu papel no vivido do ser humano como estratégias de resiliência utilizadas diante das adversidades impostas pelo adoecimento. Elas podem ressignificar o sentido da vida e despertar atitudes otimistas e de responsabilidade na busca de superar o vazio existencial instalado (FREITAS *et al.*, 2020).

Religiosidade trata-se da crença e prática ritualística de uma religião, seja na participação em um templo religioso, ou no ato de rezar ou orar. A religião é o sistema organizado de crenças, práticas e rituais relacionados com o sagrado. Também, pode envolver regras sobre condutas orientadoras da vida num grupo social. Ela pode ser praticada em uma comunidade ou individualmente (KOENIG, 2012).

A religiosidade pode nortear o comportamento do homem, visando reduzir tendências autodestrutivas, evitar adoção de comportamentos prejudiciais e promover estratégias de enfrentamento diante às dificuldades da vida (ZERBETTO *et al.*, 2017). Tanto a religiosidade como a espiritualidade são consideradas componentes da vida do homem, pois influenciam as interações sociais, culturais e a dimensão psicológica, as quais são demonstradas pelos valores, crenças, comportamentos e emoções (HENNING-GERONASSO; MORE, 2015; ZERBETTO *et al.*, 2017).

A espiritualidade pode ser considerada a necessidade e a capacidade que todo ser humano possui de manter um diálogo interno e profundo, e que pode ser praticada por todos, independentemente de sua crença, pois a espiritualidade transcende os dogmas das instituições religiosas (ASSIS, 2019). Na área da saúde, inúmeras pesquisas indicam a religiosidade e espiritualidade como benéficas na recuperação de pacientes acometidos por diferentes enfermidades e na manutenção da autoestima e QV. Indicam, ainda, que a busca de sentido na trajetória, baseada em alguma crença, parece fortalecer pessoas de forma plena, dos mais ativos aos mais fragilizados (BRANDÃO, 2013; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016;).

Nesse sentido, estudo realizado no sul do Brasil sobre a influência da espiritualidade e religiosidade na QV de pessoas com câncer avançado trouxe que o binômio contribui para a percepção de controle e independência face aos efeitos da doença, para a adesão ao tratamento, para a redução do estresse e da ansiedade e na busca por um significado no enfrentamento da doença. Enquanto a doença assusta, a espiritualidade renova (JARAMILLO *et al.*, 2019), visto que é ampla, relaciona-se com o transcendente, com a busca pelo significado e propósito da

vida, está além do que se possa compreender sendo individual, universal, dinâmica, multidimensional e integradora (SILVA *et al.*, 2019). O aspecto multidimensional resulta da compreensão da vida em suas múltiplas dimensões: a física/funcional, a psicológica/emocional, a socioeconômica e a espiritual/religiosa (SILVA, 2018).

Ao suscitar a ideia de proximidade da morte, o câncer atinge o ser humano em sua totalidade, por gerar também indagações de cunho existencial e situações que provocam sentimentos de desesperança. Na busca de um novo significado para essa realidade ameaçadora da vida, a religiosidade e a espiritualidade podem ocasionar efeitos benéficos ao indivíduo, como a redução de experiências perturbadoras devido ao câncer e a melhora de sua QV (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

Quando a pessoa faz uso de sua religião, espiritualidade ou fé como estratégia de enfrentamento para lidar com situações que podem causar esgotamento físico, mental e espiritual, a despeito do câncer, há o *coping* religioso/espiritual (SILVA *et al.*, 2019). Nesse contexto, estudo com 82 pessoas em uso de quimioterapia concluiu que pessoas que apresentam estratégias de *coping* espiritual positivas apresentam altos níveis de esperança durante o tratamento quimioterápico (COSTA *et al.*, 2019)

Estudo que investigou espiritualidade/religiosidade de 42 pacientes em tratamento em hospital oncológico de Goiânia, todos os participantes consideraram a fé importante no enfrentamento da doença e as estratégias de enfrentamento religioso/espiritual mais utilizadas foram: conforto na religião, cuidado de Deus, oração (MORAIS; BARROS, 2020).

Fornazari e Ferreira (2010) consideram que a pessoa com câncer deve ser compreendida integralmente, inclusive em seus aspectos religiosos/espirituais, e respeitado em suas crenças e valores, os quais são parte de sua singularidade. Destacam que o enfrentamento espiritual pode contribuir para adesão ao tratamento, com a redução do estresse e ansiedade, na resignificação da enfermidade e na relação equipe profissional-paciente.

Investigando 176 pacientes adultos com câncer no Japão, a espiritualidade esteve fortemente associada à QV, e o estudo concluiu que é preciso a assistência com vistas a atender às suas necessidades espirituais (KAMIJO; MIYAMURA, 2020). O estudo ainda defende que, para manter o bem-estar espiritual, o cuidado de enfermagem deve abordar adequadamente a dimensão espiritual da pessoa com doença oncológica.



### 3.3 O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER

O processo de adoecimento gera impactos negativos na vida das pessoas e provoca nelas e em seus familiares sentimentos de ansiedade, desespero, angústia, desgaste emocional, dor, sentimento de culpa, medo da morte, alterações no sono, na alimentação, no convívio social e na própria rotina/estrutura familiar. Em contrapartida podem surgir, por parte da pessoa, diferentes estratégias para o enfrentamento da doença (SILVA *et al.*, 2013). Dentre elas, a espiritualidade apresenta-se assim como importante estratégia adotada para lidar com a doença e diminuir o desconforto provocado por tal situação.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem precisa considerar as necessidades espirituais, de forma que sejam atendidas às singularidades e os desejos das pessoas que vivenciam o adoecimento crônico.

A enfermeira, ao assistir o paciente, precisa ter embasamento científico para atuar mediante visão holística, contemplando a dimensão espiritual que, ao ser abordada, contribui na satisfação das necessidades espirituais da pessoa (SAMPAIO; SIQUEIRA, 2016). O olhar holístico é fundamental, pois quando a espiritualidade é valorizada, as experiências pessoais de dor e sofrimento podem tornar-se suportáveis (MIQUELATTO *et al.*, 2017).

Existem fases pelas quais uma pessoa com câncer pode passar, iniciadas no diagnóstico ou na vivência com a enfermidade, e que pode contribuir, em longo prazo, no seu processo de assentimento. As fases são negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Algumas pessoas necessitam de auxílio e de maior entendimento daqueles que estão a sua volta; outras chegam sem quase nenhuma ajuda, através de meios que o próprio ser desenvolve, ou que já possuem. No entanto, nem todos passam por todas as fases, ou podem estacionar em uma delas, ou ainda, experienciar estas em diferente ordem (KUBLER-ROSS, 2017).

A noção holística do cuidado que abrange todas as dimensões do ser humano relaciona-se com a retomada da espiritualidade e o grande interesse por ela, a fim de incluir novas abordagens que atendam não somente as competências tecnológicas, mas, também, as competências que são essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem como profissão. Para a integralidade do cuidado é imprescindível a inclusão da espiritualidade (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Estudo realizado com 132 enfermeiras, que objetivava analisar a influência da espiritualidade dos participantes no registro do diagnóstico "Sofrimento Espiritual" concluiu que, não registrar a assistência espiritual como um cuidado de enfermagem reflete

possivelmente um modelo biomédico incorporado na profissão, apego aos diagnósticos de fundamentos fisiológicos, tabus e preconceitos que envolvem essa temática. Também identificou que a espiritualidade dos enfermeiros não interfere no registro do "Sofrimento Espiritual", e a maioria declarou já ter solicitado ou sugerido assistência espiritual ao paciente (IENNE; FERNANDES; PUGGINA, 2018).

Na Jordânia, país do Oriente Médio, estudo com 238 enfermeiras para identificar as barreiras e explorar as associações com as características pessoais e profissionais dos enfermeiros no cuidado espiritual do paciente concluiu que falta de tempo, privacidade, habilidades e competências inadequadas, e conhecimento insuficiente são dificuldades consideráveis na prática clínica, e que o bem-estar espiritual e existencial dos enfermeiros foi negativamente associado às barreiras de cuidado espiritual (MUSA *et al.*, 2019).

Sobre a não inclusão do tema no PE, sabe-se que, em todo o mundo, o cuidado espiritual em enfermagem é uma parte crítica da prestação de cuidado holístico, mas dentro da profissão, há falta de certeza sobre o significado da espiritualidade e da prestação de cuidado espiritual, incluindo as enfermeiras que pensam na espiritualidade como religião (RAMEZANI *et al.*, 2014).

A concepção de espiritualidade nas palavras dos pacientes oncológicos é permeada por: alívio nos momentos difíceis; dando coragem; rezar; força para superar; melhora do tratamento; força da oração e aceitar as coisas. A maioria dos pacientes que vivenciam o câncer acredita que a espiritualidade traz forças para o enfrentamento de todo o processo de adoecimento. Nesta concepção, a cura pode ocorrer na dimensão espiritual (PINTO *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Estudo no sul do Brasil mostrou que a concepção de espiritualidade nas palavras dos pacientes oncológicos é permeada por: alívio nos momentos difíceis; dando coragem; rezar; força para superar; melhora do tratamento; força da oração e aceitar as coisas. A maioria dos pacientes que vivenciam o câncer acredita que a espiritualidade traz forças para o enfrentamento de todo o processo de adoecimento (PINTO *et al.*, 2015). Sobre isso, autores sinalizam que, quando os pacientes experimentam sofrimento espiritual, as enfermeiras perdem a oportunidade de atuar na atenção a dimensão espiritual e a autorrealização da pessoa doente, em virtude das limitações encontradas por este profissional (HSIEH *et al.*, 2020).

Pesquisa com 17 enfermeiras de um hospital do sudeste do Brasil concluiu que, apesar da importância dada à dimensão espiritual do paciente e da responsabilidade da enfermeira no atendimento dessas necessidades, esse cuidado, quando aconteceu na prática clínica, se deu de forma assistemática e associada às manifestações religiosas. Consequente, a falta de

conhecimento para lidar com a espiritualidade no cuidado ao paciente, o desconforto em abordar esses aspectos na prática clínica e a organização do processo de trabalho foram as principais dificuldades citadas pelos enfermeiros (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Para Vincensi (2019), o cuidado à dimensão espiritual é o fornecimento de intervenções específicas e sistematizadas para apoiar a espiritualidade de outra pessoa. Envolve “fazer com”, ou acompanhar e caminhar ao lado do paciente, em vez de “fazer” ao paciente. O desenvolvimento de um plano de cuidados mutuamente acordado no relacionamento profissional-paciente é importante para as ações de cuidado espiritual no plano terapêutico.

Estudo de ação educativa na área da oncologia evidenciou que os programas educacionais de cuidado espiritual podem exercer um impacto duradouro nas atitudes e no conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado espiritual, e em sua competência para fornecer cuidado espiritual, havendo uma relação positiva entre os escores de mudança nas atitudes e no conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado espiritual e a competência do cuidado espiritual dos enfermeiros (PETERSEN *et al.*, 2017). Assim, é possível que estudos envolvendo técnicas educativas possam motivar a equipe de enfermagem a adesão de diagnósticos e cuidados de enfermagem voltados à espiritualidade e religiosidade da pessoa com doença oncológica.

#### 3.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO NO CUIDADO À ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DA PESSOA COM CÂNCER

O cuidado espiritual de pessoas com câncer coloca-os no caminho para o desenvolvimento e melhoria da angústia espiritual, que colabora na promoção do conforto e da sensação de paz que auxiliam no tratamento da doença (MOOSAVI *et al.*, 2019).

Estudo mostra que as questões relacionadas à dimensão espiritual influenciam nas decisões da equipe de saúde e na forma como a pessoa viverá a experiência da doença, à medida que o reconhecimento desta dimensão na avaliação adequada é importante no cuidado diário, visto que a espiritualidade e a religiosidade podem proporcionar maior aceitação do câncer e tratamento, além de maior esperança e positividade no decorrer da doença (FERREIRA *et al.*, 2020).

Logo, esse processo de cuidado clínico deve ser planejado, a fim de atender às demandas e práticas espirituais da pessoa com câncer. Entende-se por cuidado clínico o ato de cuidar de maneira responsável, ética e com compromisso social, desempenhado pela enfermeira por meio de conhecimento técnico-científico e olhar clínico, utilizando a escuta atenta, o toque, a fala,

para atender às reais necessidades do ser cuidado, considerando suas singularidades e história de vida (MONTEIRO *et al.*, 2015).

Exercer o cuidado clínico de enfermagem eficaz remete à necessidade de um pensamento lógico e raciocínio adequado, para a realização de práticas seguras e eficazes. Para tal, é preciso a incorporação de estratégias que promovam o desenvolvimento de habilidades lógicas para a organização correta do pensamento (NEGREIROS *et al.*, 2020).

É importante que a enfermeira possua o pensamento lógico, antes mesmo do seu fazer na prática. Cabe a esta categoria profissional conhecer seus instrumentos de uso, tanto material quanto intelectual, para que a enfermagem se torne sinônimo de mais autonomia e competência profissional, em que a relação de diálogo seja constante e eficaz entre as teorias e os conhecimentos baseados em evidências, sendo um dos principais pilares para o desenvolvimento do pensamento lógico da enfermeira (SILVA; DIONIZIO NETO, 2019).

Sempre haverá situações as quais serão necessárias habilidades que envolvam o pensamento lógico da enfermeira, como as atribuições da SAE e do PE, a fim de promover o cuidado clínico. A SAE organiza o trabalho profissional da equipe de enfermagem, nas instituições, no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, que possibilite a operacionalização do PE, com base teórico-filosófica. Assim, o embasamento teórico-filosófico estimula o uso de habilidades cognitivas de pensamento crítico e lógico do profissional, na promoção do cuidado clínico condizente com as necessidades de saúde sob sua responsabilidade (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017; NEGREIROS *et al.*, 2022).

Entender que a SAE organiza o trabalho e o PE orienta o cuidado (COFEN, 2009) tem levado a compreensão equivocada do que venha a ser a SAE, dificultando o entendimento sobre as implicações práticas de sua utilização, sendo que a sua função é de organização do trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos (SANTOS *et al.*, 2021). A SAE suporta a gestão em enfermagem e o PE urge de ser enfatizado no Brasil, como algo independente, como centro do cuidado de enfermagem (SANTANA, 2019).

Diante dos diversos registros na literatura, ancora-se que SAE e PE são conceitos distintos, sendo o PE o instrumento metodológico (o próprio método) que orienta o cuidado de forma processual, por meio de suas cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados (HE), DE, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009), e que tem por base uma Teoria de Enfermagem.

É preciso definir e conhecer as Teorias de Enfermagem que dão suporte ao Processo de Enfermagem, sendo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta a mais citada

na literatura, por ser estruturada a partir da individualização das dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual (HORTA, 2011; SANTOS *et al.*, 2016).

Recentemente, o COFEN realizou consulta pública com propostas de atualizações na Resolução 358/2009, que regulamente o PE. A proposta de resolução abrange a assistência de enfermagem em todos os contextos, inclusive de equipes multiprofissionais, com detalhamento das atribuições da enfermeira, técnica e auxiliar no PE, pensado em cinco etapas: avaliação inicial, DE, planejamento, implementação, e reavaliação/avaliação final de enfermagem, e incorpora cuidados provenientes de protocolos assistenciais (COFEN, 2023).

Diante a distinção citada em parágrafos anteriores, para atingir ao objetivo desse estudo, estaremos nos referindo e dando ênfase ao PE, trabalhando a dimensão espiritual da pessoa com câncer, mais especificamente, os diagnósticos e cuidados de enfermagem referente à espiritualidade e religiosidade.

A primeira fase constitui o HE, etapa de investigação. É uma ferramenta fundamental para a coleta de dados necessários para identificação dos problemas reais ou potenciais da pessoa, com objetivo de atender as necessidades identificadas, prevenindo possíveis complicações. O HE deve ser aplicado logo na admissão, em que anamnese e exame físico prevalecem, pois as informações obtidas por meio deste instrumento direcionam o planejamento de todas as outras etapas do PE. É imprescindível que essas informações sejam as mais precisas e fidedignas possíveis; caso contrário, todo o processo pode ser afetado, ao deixar de atender necessidades não identificadas pela inadequada utilização do histórico (HORTA, 2011; SANTOS *et al.*, 2016).

No que concerne aos aspectos espirituais, é possível investigar no HE: presença de religião, prática religiosa, crenças, esperança e fé diante as doenças, intervenções que possam ir contra as crenças e/ou religião, necessidade de visitas do líder religioso ou espiritual, entre outros.

A segunda fase trata da seleção dos DE, fase de julgamento das necessidades reais, potenciais e de promoção à saúde. Os dados que foram coletados na primeira etapa de investigação são analisados e interpretados, possibilitando a enfermagem desenvolver intervenções prioritárias. Para as decisões sobre DE da pessoa, família ou comunidade, é importante que a enfermeira recorra a um sistema de linguagem padronizada (MOREIRA *et al.*, 2021).

Os elementos de um diagnóstico da NANDA-II são a identificação, definição do diagnóstico, características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (fatores causativos ou associados), não sendo necessária a presença de todos os elementos, para

identificar os resultados pretendidos com o cuidado e planejar a sequência de intervenções de enfermagem específicas. Com isso, salienta-se que o profissional enfermeiro dispõe da NANDA-II, que se traduz como um sinalizador para as ações de cuidado assistencial, citando, dentre muitos DE sobre a dimensão espiritual: religiosidade prejudicada, risco de religiosidade prejudicada, risco de sofrimento espiritual e sofrimento espiritual (NANDA, 2021).

Para a terceira fase, de Planejamento, a NOC é a mais utilizada, para se estabelecer os resultados esperados para cada DE, apesar de utilizado, ainda, de modo frágil. Deve ser levado em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, apreciáveis e possíveis de serem realizadas. Ou seja, para cada resultado esperado, a enfermeira deverá estabelecer intervenções de enfermagem e prescrever ações de cuidado de enfermagem que visem reduzir ou eliminar os fatores que cooperam para o diagnóstico, proporcionar níveis mais notáveis de saúde, precaver e/ou monitorar o estado de saúde atual ou o surgimento de novos problemas (FONSECA *et al.*, 2020).

De um modo geral, enfermeiras erroneamente passam direto do diagnóstico à intervenção, sem analisar os resultados desejados. Porém, é importante saber que os resultados precisam ser identificados antes da determinação das intervenções e suas metas declaradas. Na NOC é possível identificar resultados esperados a depender do diagnóstico selecionado acerca da dimensão espiritual, sendo a NIC uma taxonomia de intervenções que as enfermeiras podem utilizar nas várias dimensões do ser humano, a despeito da espiritualidade e religiosidade, sendo um sistema que propõe atividades e intervenções para que a enfermeira faça o plano de cuidados individualizado (NANDA, 2021).

A quarta fase compreende a implementação, que é a aplicação, pela equipe de enfermagem, dos cuidados prescritos pela etapa de Planejamento da Assistência, sendo o cumprimento pela equipe de enfermagem da Prescrição de Enfermagem, colocando o plano em ação. As intervenções/atividades de cuidado podem ser diretas ou indiretas; os cuidados diretos são os realizados com a presença da pessoa/família/comunidade; diretamente a mesma, os indiretos são cuidados realizados sem a presença do cliente, são intervenções de coordenação e controle do ambiente onde o cuidado é prestado. As intervenções/atividades de cuidado indireto devem ser prescritas como as de cuidado direto, pois mesmo não visando o controle do ambiente do cuidado não são menos importantes que aquelas de cuidado direto (SILVA *et al.*, 2017). Sobre a dimensão espiritual, encontra-se disponível na NIC uma série de cuidados a serem avaliados em sua aplicabilidade e adequação à realidade vivenciada.

Menezes (2017) pontua alguns recursos que podem ser utilizados pelo profissional de saúde para o atendimento à dimensão espiritual nos diversos níveis de atenção à saúde, como:

leitura de textos religiosos relacionados à crença da pessoa sob cuidados; orações através de palavras que emanam sentimentos, ou preces conhecidas; meditação conduzida; uso da música da preferência da pessoa, seja cantada ou ouvida; estímulo a solidariedade; promover encontros com os membros da religião; e, ouvir o paciente em uma escuta atenta e qualificada.

Por fim, a quinta fase do PE diz respeito, à avaliação que é um processo contínuo, organizado e ininterrupto de verificação de mudanças às respostas da pessoa, da família ou da comunidade, em um determinado momento, para identificar se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, bem como a necessidade de novo planejamento de cuidado, caso os resultados não sejam alcançados ou surja novos dados que demandem atenção de enfermagem (NANDA, 2021; SANTOS *et al*, 2016; SILVA *et al.*, 2017). É prudente que tais avaliações sejam ponderadas na evolução de enfermagem das 24h e sinalizadas em passagem de plantão da equipe, retomando, o processo cíclico que é o cuidado planejado de enfermagem.

#### 4 OS CONSTRUTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em 1921, em Recife, proveniente de família de classe média, vindo a falecer no ano de 1997. Em 1929, o mundo passava por momentos de crise econômica e a sua família também começou a enfrentar dificuldades; o seu pai faleceu quando tinha 13 anos de idade. Em 1943 ingressou no curso de direito, mas se encaminhou para o magistério, se dedicando a cultura e a linguagem, sendo, em 1947 nomeado diretor do Departamento de Educação e Cultura, do Serviço Social da Indústria, iniciando um trabalho com a alfabetização de jovens e adultos carentes e de trabalhadores da indústria (CAVALCANTE; MATIS; PENHA, 2015).

Durante o período da ditadura militar, ele foi exilado como comunista, e trabalhou com a alfabetização de adultos no campo que permitiu não só a emancipação dessas pessoas por meio da educação, mas, também, um incentivo na luta de caráter social na luta de seus direitos como cidadãos, fazendo surgir um novo paradigma na educação, principalmente no Brasil (RUI BEISIEGEL, 2018).

Paulo Freire passou 70 dias na prisão antes de ser exilado, e só retornou ao Brasil em 1979. Nesse período em que esteve longe do Brasil, proibido pelos militares de retornar ao país, ministrou aulas nos Estados Unidos e na Suíça, desenvolveu e aplicou planos de alfabetização de jovens e adultos em países africanos, por exemplo, Angola, Guiné e Moçambique. Com sua vida dedicada à educação ficou conhecido mundialmente por suas obras de alcance internacional, por se tratar de temáticas que versam sobre a vida e a luta dos oprimidos, os deserdados do saber (FREIRE, 2013).

Suas origens históricas e influências teóricas são contrárias ao positivismo, com ligação às linhas teóricas de pensamento marxista, assim como a influência da fenomenologia de Husserl, além do existencialismo de Sartre e Jasper, entre outras influências construtivistas que refletem como uma das mais importantes correntes de pensamento revolucionário e conscientizador sobre a educação (MACIEL, 2017).

Suas obras foram traduzidas em diversos países e a mais conhecida delas foi escrita no Chile em 1968, intitulada *Pedagogia do Oprimido*, que busca a restauração da intersubjetividade do homem e alerta que a Pedagogia “humana e não humanitarista pode alcançar esse objetivo” (FREIRE, 2013, p. 56).

Salienta-se que em suas obras, Freire apresentou novas formas de relacionamento entre professor e aluno, ferramentas e propostas de práticas pedagógicas como instrumentos de transformação, sendo a essência da sua pedagogia a priorização das particularidades das



peessoas, pois, segundo ele, a educação não se faz de forma isolada e alheia ao contexto social. Freire defendia uma educação humanizada, que respeitasse a identidade cultural de cada ser humano, estimulando a sua participação ativa na produção do conhecimento (GOMES; GUERRA, 2020).

As suas contribuições para a educação são inúmeras, tanto que a Lei nº12.612 de 13 de abril de 2012 decretou que fosse reconhecido como patrono da educação brasileira, reflexo de anos de dedicação e compromisso com a alfabetização e a educação da população pobre. Freire apresentou novas formas de relacionamento entre professor e aluno, ferramentas e propostas de práticas pedagógicas como instrumentos de transformação da sociedade (RUI BEISIEGEL, 2018).

Freire reflete sobre o papel do educador, quando afirma que: “como professor, não é possível ajudar o educando a superar sua ignorância, se não supero permanentemente a minha” (FREIRE, 2011a, p. 95). O processo de ensinar e aprender ocorre de diferentes maneiras. A enfermeira, ao mesmo tempo em que ensina, também aprende, quando permuta experiências na sua prática, ouve e permite que os membros da equipe interdisciplinar sejam ativos durante todo o processo de assistência.

A problematização pressupõe que o educando seja o sujeito ativo do processo ensino-aprendizagem e fonte de constante reflexão crítica (FREIRE, 2011a). Nesse processo, o educando desenvolve a criticidade, dialogicidade, curiosidade, espírito investigador e a criatividade, participando ativamente do processo de formação (COSTA *et al.*, 2018).

No Brasil, a enfermagem tem por base o modelo assistencial adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que traz a necessidade da enfermeira exercitar a reflexão e a criticidade como elementos chave de sua atuação, na busca de soluções aos problemas relacionados às condições de vida e saúde das pessoas. Com isso, no processo de formação contínua da equipe de enfermagem, é preciso o incentivo a aprendizagem que possibilite o desenvolvimento de estratégias de transformação da realidade social e política, na qual a equipe e o paciente estão inseridos.

O conhecimento em enfermagem, pautado na perspectiva freireana, tende a transformar a ação cuidativa, por permitir que o ato de educar-cuidar ocorra em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e humana, de modo que se produzam impactos positivos na qualidade da assistência prestada (CRUZ; ALMEIDA, 2010). A teoria de Freire se aproxima com a área de saúde, através da valorização do diálogo numa nova perspectiva de cuidado (RODRIGUES, 2018).

Assim, a educação no processo formativo se apresenta como a grande possibilidade de se construir uma identidade sólida e firme, baseada na liberdade, diálogo e conscientização. Freire, partindo de um simples método de alfabetização de adultos, apresenta um ideal filosófico a ser seguido, refletido, questionado e buscado: o diálogo é capaz de criar vínculos de libertação e possibilitar o acesso a uma consciência clara e objetiva no tocante à realidade (FREIRE, 2011a).

Os tópicos seguintes estão baseados nas obras de Paulo Freire e integram o referencial que direcionou a pesquisa. Assim, serão apresentados os conceitos, cada um deles de modo separado, embora na realidade, estejam permanentemente interrelacionados.

#### 4.1 O APRENDIZADO CRÍTICO-REFLEXIVO ATRAVÉS DA PROBLEMATIZAÇÃO DA REALIDADE

Para Freire, a concepção original de educação, vista como instrumento de libertação e como processo dialético de conscientização, considera a educação como uma prática de liberdade, na qual o ser humano deixa seu estado de coisificação e passa a ser objeto de sua própria história e destino (FREIRE, 2011a).

Freire refere que a existência só tem sentido se vivida para a autonomia, e a educação, diferente do treinamento, deve fazer com que o sujeito que ensina e o que aprende mudem e se tornem transitivos no seu jeito de ser no mundo, de forma significativa (FREIRE, 2011a).

Sordi e Magnato (1998, p. 98), afirmam que:

É importante destacar que o ensino na área da saúde padece de longa data do tecnicismo, da forte biologização dos conteúdos selecionados como válidos e significativos à formação. Há sinais de luta tentando romper tal lógica, porém o ensino crítico vai precisar percorrer longo caminho, repleto de atalhos e armadilhas, até lograr algum impacto na prática.

Principalmente em “Pedagogia do Oprimido”, Freire dá ênfase a dois tipos de educação, uma que ele denomina de bancária e a outra de problematizadora. A primeira está baseada numa tendência tradicional, no qual o professor/emissor é considerado o detentor dos saberes, tendo o dever de transmitir amplos conhecimentos acumulados aos alunos, vistos como receptores, seres desprovidos de experiências e conhecimentos anteriores, e que necessitam ser moldados conforme a ordem social vigente (FREIRE, 2013).

A educação problematizadora é libertadora foca no protagonismo do educando-educador, considerado o centro do processo educativo e construtor de sua própria aprendizagem. É uma educação em que docentes e discentes aprendem mediados pelos

conhecimentos, numa pedagogia do diálogo, colaboração mútua, sem subordinação, como na bancária.

São ambos sujeitos cognoscentes, cada um em seu nível: o que ensina, o por ele já sabido, por isso, ao ensinar reconhece o antes conhecido; o que aprende conhecendo o ainda por ele não conhecido, ora conhece melhor alguma coisa que sabia mal ou preenche uma lacuna de saber (FREIRE, 1999, p. 115-116).

A educação problematizadora busca o questionamento contínuo da realidade e das temáticas a serem trabalhadas, partindo daquilo que os educandos trazem de suas vivências não-escolares (científicas), aprofundando-os, modificando a consciência de ingênua para crítica. Portanto, é um tipo de educação que acredita na capacidade humana de criação e transformação, não confundindo a liberdade com falta de regras, e ensino sem a estruturação de um currículo que abarque as diferentes áreas do conhecimento.

A própria compreensão do que é ensinar, aprender, conhecer tem conotações, métodos e fins diferentes do conservador para o progressista. Como também o tratamento dos objetos a serem ensinados e a serem apreendidos para poderem ser aprendidos pelos alunos, quer dizer, os conteúdos programáticos. [...] Para o educador progressista é necessária “a leitura crítica” da realidade, o “pensar certo” e o desocultar a razão de ser daqueles problemas (FREIRE, 1999, p. 29).

Isso não significa que a pedagogia freireana dá pouca ou não dá ênfase aos conteúdos e metodologias. Ao contrário, Freire salienta que o educador necessita escolher mais adequadamente objetivando um determinado fim do processo educativo. Esse é o caráter político-pedagógico da ação educativa, que na concepção libertadora explicita-se no desenvolvimento da ação (WEYH, NEHRING; WEYH, 2020).

Para Freire (2013), a educação deve ser um ato coletivo e solidário. O mesmo teórico defende que “educar” é uma tarefa de trocas entre pessoas e não pode ser resultado do despejo de quem supõe possuir todo o saber, sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não possui nenhum conhecimento acerca do que se discute.

Ressalta-se que o conhecimento sempre se apoiou na perspectiva da construção de uma sociedade de homens críticos-reflexivos, que assumem seu papel na sociedade e coloca a educação como recurso para essa conquista. Freire (2013), ao discorrer sobre concepções “bancária” e problematizadora, traz considerações sobre a relação educador-educando; concepção de homem; sociedade; mundo e produção do conhecimento e leva ao que denomina de “educação libertadora”, a qual é capaz de libertar o homem da opressão e da dominação.

Servindo-se da concepção e da prática “bancária” da educação, os opressores, aqui definidos como os detentores do saber, desenvolvem ação social de caráter paternalista ao receber os oprimidos, o nome de ‘assistidos’. Nesse tipo de ação social, retiram-se do homem as condições para que ele, pelos seus próprios meios, consiga suprir suas necessidades,

colocando a consecução de tais necessidades nas mãos dos outros, pois na concepção “bancária”, a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimento. Na perspectiva da concepção bancária, a dialogicidade não constitui a essência da educação, tornando-a antidialógica (FREIRE, 2016).

Do contrário, a educação problematizadora promove o diálogo, que consiste no cerne desse modelo de educação, como elemento fundamental do processo ensino e aprendizagem. Isso quer dizer que o educador não é o que apenas educa, mas aquele que, enquanto educa, é também educado e, em diálogo com o educando, este também, ao ser educado, também educa. (FREIRE, 2016). O autor considera que o educador que se utiliza da problematização reconstrói frequentemente o seu conhecimento a partir dos conhecimentos dos educandos, que passam a atuar como investigadores críticos, em diálogo com o educador, que pelo seu caráter reflexivo, busca um permanente esclarecimento da realidade.

Em busca da autonomia e da libertação das pessoas, a pedagogia emancipatória de Freire torna-se uma ferramenta para o raciocínio crítico e o pensamento reflexivo, que vai resultar em ações mais efetivas, viáveis e próximas da realidade. Em Pedagogia do oprimido, é destaque que a educação libertadora só será efetiva e terá o seu efeito diante de “oprimidos” capazes de refletir criticamente e se tornarem responsáveis e sujeitos participantes da sua própria história (FREIRE, 2013). A pedagogia do oprimido é libertadora de ambos, do oprimido e do opressor (BARBOSA, 2020).

O oprimido é acusado de autor da desordem. Agridem, assim como seus opressores, os seus próprios companheiros, sendo considerados indolentes e improdutivos (FREIRE, 2011). Nesse estudo, o profissional de enfermagem assume o papel devido a uma situação-limite, devendo ser protagonista e acreditar que é capaz de pensar e transformar a realidade dominante, junto aos demais envolvidos no processo de cuidado.

Só a observação ou conhecimento prévio ainda não são suficientes para compreensão da realidade local e identificação das situações limites e, ainda, para a estruturação do conteúdo programático da ação educativa em busca da realidade que se pretende transformar. Segundo Freire, “esta visão é deles ainda, e não a dos indivíduos em face de sua realidade” (FREIRE, 2011, p. 126).

Freire salienta que “quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados” e, conseqüentemente, se libertarão das amarras dos “conhecimentos enlatados”. Expõe, também, que a pessoa deve ser autor da sua própria educação, e que no momento da aprendizagem, tanto o professor/mediador como o aluno são postos em nível de igualdade. Essa visão rompe com a ideia tradicional de que o

professor é o sujeito e o aluno é o objeto, pois a educação, além de um ato que produz conhecimento, é também um ato político e social (FREIRE, 2013).

O educador não deve agir como um agente transmissor de informações, transferindo conteúdos e depositando nos educandos. Ensinar não é transferir conteúdos somente, “faz parte de sua tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também, ensinar a pensar certo” (FREIRE, 2011a, p. 27). Assim, “aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito” (FREIRE, 2011a, p.69). A educação que faz o mudar possível é aquela que considera a autonomia do educando como processo de amadurecimento da pessoa, confere a capacidade de decidir; é aquela que considera o diálogo como uma matriz crítica que gera criticidade (GOMES; REGO, 2014).

Um importante preceito da teoria freireana é que “ninguém educa ninguém e ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2013, p. 68), portanto, a educação deve ser um ato coletivo e solidário. Para Freire, “educar” é uma tarefa de trocas entre pessoas e não pode ser resultado do despejo de quem supõe que possui todo o saber, sobre aquele que, do outro lado, foi obrigado a pensar que não possui nenhum conhecimento, e por isso, o homem deve ser sujeito da sua educação (FREIRE, 2011a).

A educação, muito mais do que um instrumento, é o meio de ação e transformação da realidade. É por meio da educação que o homem se liberta da ingenuidade e da alienação, atingindo a consciência reflexiva por meio do exercício do pensamento. Nessa linha de raciocínio, o local de aprendizado deve ser democrático, libertador, comprometido com a mudança, aberto à cultura popular e, ao mesmo tempo, deve exigir rigor científico com os saberes curriculares, não para fins de memorização e transmissão de conhecimento, mas para a transformação social (FREIRE, 2013; FREIRE 2011b).

Acerca da educação e dos sentidos dos processos humanos de conhecer, a teoria freireana parte da constatação de que a espécie humana é distinta das demais espécies, pois enquanto estas já nascem prontas e são determinadas instintivamente em seus modos de ser e de agir, a espécie humana é uma espécie “aberta”, sendo que cada pessoa necessita se fazer, decidir sobre o que virá a ser. É isso que Freire chama de “inacabamento ou a inconclusão do homem”, do que resulta a necessidade de ele ser educado e educar-se (FREIRE, 2013).

Nesse processo em que o homem busca “se fazer”, ele cria cultura, ou seja, ele acrescenta algo ao mundo, modificando a paisagem natural e inventando modos de ser e de interagir com os outros. É isso que Freire chama de “inacabamento ou a inconclusão do homem”, do que resulta a necessidade de ele ser educado e educar-se. E essa produção do humano e do mundo humano se dá mediante processos de aprendizagem, que são, em última

instância, processos de criação, sendo que “o ímpeto de criar nasce da inconclusão do homem”, e assim, a cultura, como sociedade e como modos de expressão dos sujeitos individuais é o resultado da construção de um conhecimento humano (FREIRE, 2016).

O conhecimento, como resultado de processos de aprendizagem, não existe no abstrato. Ele só existe enquanto “aderido” a pessoas, enquanto significado por sujeitos cognoscentes, ou reconhecido como tal. Um ato de conhecer implica, portanto, a cumplicidade do sujeito que o realiza. Cumplicidade no sentido de necessitar “comparecer” com seus sentidos e percepções prévias, a fim de incrementá-las ou refazê-las. Em não tendo esta ancoragem na subjetividade, o conhecimento em nada modifica a autopercepção do sujeito e, conseqüentemente, não contribui para a modificação do seu entorno (FREIRE, 2017).

A base geral do processo educativo está na condição de o homem não ter todo o conhecimento que quer e descobrir que é preciso elaborar e investir, constantemente, na sua atuação no mundo, assimilar novos conhecimentos e atualizar os saberes já existentes. É essa capacidade de atuar, operar e transformar o entorno social que faz do homem um ser da práxis, em constante ação e reflexão. Assim, a educação se consolida na transformação do ser que, ao mesmo tempo em que intervém na realidade, é transformado por ela (MORETTI-PIRES, 2012). Trata-se, então, de um ato que requer a participação dos atores envolvidos nesse processo, no estudo em questão, pesquisador e participantes sensibilizados pela relevância que a dimensão espiritual exerce no cotidiano da pessoa com câncer.

Isso se justifica porque, por meio da interação, constrói-se o novo e gera-se uma dinâmica adaptativa, a partir do que é significativo para os envolvidos. De forma geral, a aprendizagem é significativa quando os conhecimentos passam a dar sentido ao saber e à prática para quem aprende. Assim, o alcance da aprendizagem significativa requer o rompimento da dicotomia existente entre teoria e prática, e a promoção da articulação dos conteúdos com a ação, considerando quem vivencia a prática como autor de seu próprio conhecimento, já que a Enfermagem necessita de profissionais que saibam cuidar de outro ser humano com conhecimento, ética, compromisso, integralidade e responsabilidade (SOUSA *et al.*, 2015).

Ademais, enfermeiras e técnicas de enfermagem podem se desenvolver, buscar novos conhecimentos, manter pensamento crítico e reflexivo à prestação de uma boa assistência no que concerne ao cuidado espiritual da pessoa com câncer. Por isso, os construtos de Paulo Freire, baseado na conscientização, dialogicidade e adesão à concepção problematizadora foram considerados, o que inclui ser empático, considerar o outro em sua existência no aqui e agora, não ser opressor, favorecendo a pessoa com câncer na reconstrução do seu ser

multidimensional, na pretensão de promover a libertação da equipe de enfermagem e transformá-la em um agente de mudanças.

## 4.2 O DIÁLOGO COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM PARA A EDUCAÇÃO LIBERTADORA-HUMANISTA

O pensamento freiriano sobre a educação da pessoa humana compreende:

“[...] uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de transição. Uma educação que lhe propiciasse a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que tivesse sua instrumentalidade, por isso mesmo, no desenvolvimento desse poder, na explicitação de suas potencialidades, de que decorreria sua capacidade de opção. Educação que levasse em consideração os vários graus de poder de captação do homem brasileiro da mais alta importância no sentido de sua humanização” (FREIRE, 2017, p. 59).

A educação só forma e constrói conhecimento quando nasce da prática social, quando responde às exigências da vida social e às aspirações das pessoas em relação à sua existência concreta. Uma educação compreendida como uma tarefa que ajude ao homem a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo e participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre ao seu redor (FREIRE, 2017).

A conscientização é o conceito central sobre a educação libertadora-humanista, porque esta, como prática da liberdade, como visão do mundo, é o conhecimento, é uma aproximação crítica da realidade, com o compromisso e ação que busque transformá-la. A conscientização é um processo no qual o educador e o educando se conscientizam, através do movimento dialético, entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação posterior no processo de luta pela libertação da pessoa e transformação da realidade (FREIRE, 2018).

Contudo, ao assumir a condição de consciência transitiva, essa não é imediatamente entendida como consciência crítica, ao contrário, inicialmente se apresenta como consciência transitiva ingênua, e, muitas vezes mágica. Se a passagem da consciência intransitiva para a consciência transitiva ocorre devido a fatores sociais, econômicos e culturais, e, de forma automática, o mesmo não ocorre com a passagem da consciência transitiva ingênua/mágica para a consciência crítica (FREIRE, 2013).

Assim, a conscientização está implícita na compreensão da realidade, através da ação educativa. Esta não pode existir fora da práxis da pessoa, sem ato de ação-reflexão e de compromisso com a transformação social.

[...] ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se ressentir, imediatamente, a

outra. Não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí que dizer a palavra verdadeira seja transformar o mundo. (FREIRE, 2016, p. 107)

Para Freire (2018), a conscientização é construída no contexto da ação-reflexão, ou seja, não pode existir fora da práxis. A conscientização que só pode existir na práxis, ou seja, no ato ação-reflexão, é uma conscientização como atitude crítica dos homens na história, com conseqüente engajamento no papel de sujeito que faz e refaz o mundo, um processo contínuo que não finalizara jamais (ESPINOZA, 2007; FREIRE, 2003).

Esta passagem só pode ocorrer através de esforço educativo, tornando necessário um “processo educativo de conscientização [...] [...] um trabalho de promoção e crítica” (FREIRE, 2011a, p. 39). Estabelece-se, assim, que o objetivo central do processo educativo é a promoção de uma consciência crítica capaz de pensar a si e nos outros e agir em favor de si e dos outros, visando a transformação da realidade.

Na obra *Pedagogia do oprimido* (2013), encontra-se a seguinte definição de conscientização: a conscientização é o aprofundamento da tomada de consciência.

[...] este aprofundamento é um ir além da fase espontânea da apreensão da realidade a uma fase crítica [...] é a exploração da realidade nas suas estruturas [...] é um compromisso no tempo [...] é um compromisso de caráter histórico [...] uma inserção de maneira crítica na história. (JORGE, 2011a, p. 54)

Portanto, o aprofundamento da tomada de consciência, ou melhor, a conscientização, nada mais é do que um conhecimento problematizador da realidade, conhecimento este que vai requerer do homem uma ação transformadora sobre o objeto cognoscível, e que, no caso, é a realidade opressora.

A conscientização como sendo o aprofundamento da tomada de consciência no qual o homem conhece e adquire uma atitude transformadora do homem é composta de dois momentos fundamentais: conhecer para transformar. Portanto, o homem estará em nível de conscientização somente quando gozar do conhecimento da realidade, naquilo que ela é em si, e for capaz de tomar uma atitude transformadora, isto é, humanizadora, sobre a mesma realidade (JORGE, 2011). Pensar em conscientização é ir além de um conhecimento de algo que precisa ser modificado e ir para uma ação libertadora.

No pensamento de Paulo Freire, o instrumento da libertação é o diálogo, palavra dos homens entre si, uns com outros, dialogicamente. E neste diálogo, consciente e autêntico, é que o mundo será libertado. Segue-se, no âmbito do diálogo libertador, a sua natureza, seus componentes e a palavra transformadora e humanizadora. O diálogo é uma relação de comunhão entre dois polos, um eu e um tu, ambos sujeitos e conhecedores do mesmo objeto que os imediatiza. O objeto que mediatiza os sujeitos dialogantes é a libertação. A mediação do mundo é a base do diálogo autenticamente libertador (FREIRE 2011a).



Quem dialoga o faz com alguém e sobre algo e a implementação da teoria dialógica pode ser realizada mediante um processo participativo e democrático (FREIRE, 2013). É nesta linha que Freire concebe o diálogo como um encontro por meio da mediação do mundo e cujo objetivo é dar um nome a este mundo.

Apenas o diálogo entre os seres humanos e com a natureza e a sociedade que necessita de transformação pode construir a humanização dos próprios seres humanos. “O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (FREIRE, 2011a, p.43).

A dialogicidade é uma expressão da relação horizontal entre educadores e educandos, num encontro respeitoso, solidário e comprometido entre aqueles que acreditam que o mundo pode ser transformado ao ser pronunciado nas dimensões da ação e reflexão. Numa concepção pedagógica freireana, o educador é um problematizador, o que caracteriza a sua pedagogia como a da pergunta no sentido do diálogo, com intencionalidades na busca pela reflexão que conduz à ação. (FREIRE, 2016).

A dialogicidade é um dos construtos freireano primordiais, sendo o diálogo nascido na prática da liberdade, comprometido com a vida e que se aprimora no seu contexto como elemento constitutivo e imprescindível na sua perspectiva educacional, portanto, não um diálogo reduzido à simples conversação, mas, é preciso compreendê-lo como fenômeno humano que se constitui de ação e reflexão. Na dialogicidade estão sempre presentes as dimensões da ação e reflexão. Ao pronunciar o mundo, nas dimensões da ação e reflexão, a realidade pronunciada se volta problematizada, exigindo das pessoas novas ações e reflexões. Dessa maneira, humanamente existimos e modificamos o mundo, refletindo sobre nossas limitações e projetando a ação para transformar a realidade que nos condiciona (FREIRE, 2013).

Portanto, devido à unidade dialética ação-reflexão, as pessoas se afirmam como tais, como seres de relação no mundo, com o mundo e com os outros, mediados pelo diálogo. É essa unidade indissolúvel entre a sua ação e reflexão que possibilita o agir das pessoas sobre a realidade objetiva; e tendo consciência disso, podem objetivar tanto a realidade quanto a ação, e comunicar na forma de diálogo (SILVA; COUTO, 2018).

O diálogo é um importante componente na educação libertadora, e a própria palavra possui suas dimensões de ação e reflexão. É um encontro fraterno em que há troca de experiências e idéias sobre essas experiências, a partir do saber que cada cidadão/cliente é portador. É o encontro em que se solidarizam a ação, a reflexão e a ação de seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado (ESPINOZA, 2007).

O diálogo é um ato de amor, de humildade, de confiança, de fé, uma fé pela qual os homens expressam o seu poder de fazer e de refazer, de criar e recriar. Fé na sua vocação de “ser mais”, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens. Dialogar é atuar e pensar como sujeitos e permitir que outras pessoas sejam agentes críticos. Tal ação só é possível através da educação libertadora. A posição contrária é o anti-diálogo (FREIRE, 2013).

Para Freire (2013) os componentes essenciais para que o diálogo libertador aconteça, são: o amor, a humildade, a fé e confiança nos homens e a esperança. Freire revela que o amor ocupa o primeiro lugar como componente dialógico substancial, por ser uma necessidade vital de todo ser humano. Todavia, o que muitas vezes impede existencializar-se o amor autêntico é o egocentrismo que impera na severa autovalorização egoísta. Esquece-se de que valemos na medida em que sabemos ser para o outro. Sem amor não se tem encontro e, por conseguinte, inexistem a comunicação e o diálogo. A patologia do amor é o sadismo de quem oprime e o masoquismo dos oprimidos. Então, não deve haver a relação de dominação entre educador e educando. A interação, nesse processo, é saudável e positiva, favorecendo, em ambas as partes, o crescimento e desenvolvimento. No estudo em questão, objetiva-se o desenvolvimento de uma assistência integral, pautada nos cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer.

Sobre a humanidade, Freire afirma que, para pôr em prática o diálogo, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber. Deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo. Não existe o mais nobre ou o menos nobre; existe o ponto de encontro entre os homens, comunhão em que buscam saber mais para a transformação de uma realidade (FREIRE, 2013).

Sobre à Fé e a Confiança, Freire discorre a crença nas potencialidades do ser humano, afirmando que não há diálogo sem fé. Para despertar a confiança, é preciso honrar e fazer o que se diz. É necessária a coerência, legitimando a transparência através da seriedade dos atos e atitudes da pessoa e a defesa de suas próprias convicções. Quanto a Esperança em seu sentido mais profundo, o autor destaca que esta movimenta a busca contínua da humanidade, sendo importante acreditar que podemos transformar a nossa realidade, visto que a esperança conduz os homens à busca para serem mais humanos num mundo também mais humanizado.

Portanto, o pensamento Freiriano considera que não há outro caminho para a humanização senão a dialogicidade. Por isso, justifica-se que o diálogo promove a humanização. O diálogo é amoroso, simples, humilde e confiante. Dialogar é libertar-se (FREIRE, 2013).

Por fim, compreende-se que a prática do cuidado está intimamente relacionada aos elementos essenciais para o diálogo libertador, sendo que a pedagogia emancipatória ainda requer sentimento revolucionário e humildade.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, considerando que os métodos de pesquisa qualitativos são utilizados para obter emoções e perspectivas, crenças e valores, ações e comportamentos, e os significados construídos pelos participantes a respeito das experiências vivenciadas (MORSE, 2012).

Nesse cenário, encontramos fundamentos para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa, que se propõe a analisar

[...] os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis (MINAYO, 2010, p. 21).

Para a autora, na pesquisa social em saúde, há possibilidade de o pesquisador incorporar a compreensão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, refletindo os aspectos da dinâmica social e agindo nas atitudes e interações interpessoais, a partir do significado e valores que as pessoas atribuem à sua prática.

Para além, na pesquisa qualitativa é preciso conviver com a curiosidade, a criatividade, com as incertezas e imprevistos (SILVA; SANTOS, 2017), além da empatia por parte do pesquisador.

Sabe-se que muitos são os caminhos metodológicos na pesquisa qualitativa que podem ser seguidos por um pesquisador para o alcance dos resultados dos seus questionamentos e inquietações, dentre eles, destaca-se a metodologia da Pesquisa-Ação (PA).

### 5.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO DA PESQUISA-AÇÃO

A PA é definida como um método ou estratégia de pesquisa, que agrega várias técnicas de pesquisa social, com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível de captação da informação (THIOLLENT, 2011).

Tal metodologia possui caráter emancipatório e crítico, porque possibilita que os participantes examinem a realidade social, política, econômica e cultural que moldam suas identidades e ações (MISKOVIC; HOOP, 2006). Isso requer o envolvimento dos participantes em um processo de reflexão, análise da realidade, produção de conhecimentos e enfrentamento dos problemas (THIOLLENT, 2012). Sobre isso, Wright (2018) acrescenta que a pesquisa não

é feita "nas" pessoas como sujeitos passivos que fornecem "dados", mas "com" elas para fornecer informações relevantes no sentido de melhorar suas vidas. Os processos de mobilização estão no cerne da PA.

Segundo Thiollent (2011, p. 20) essa estratégia metodológica configura-se como “um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo”. Sendo assim, a PA apresenta três objetivos, que podem ou não serem atingidos simultaneamente: identificar problemas, determinando soluções e as respectivas ações para o seu alcance; gerar conhecimento acerca da situação levantada e apropriado para eliminação/minimização dos problemas detectados e para as necessidades dos envolvidos, sendo que este poderá ser útil não apenas para o coletivo considerado, podendo ser difundido para outros contextos; e aumentar/estimular a tomada de consciência dos envolvidos sobre os problemas enfrentados, tornando evidente a sua complexidade, possíveis causas e/ou existência de soluções (THIOLLENT, 2011; THIOLLENT, 2012).

A escolha metodológica da PA se mostra apropriada como caminho para desvendar um fenômeno social de base empírica; também, como método de pesquisa social, que estabelece uma relação com a estrutura coletiva, além de ser participativa e ativa ao nível da capacitação de informações. Ao ser utilizada esta opção metodológica, é evidente a sua flexibilidade como método participativo de investigação, pois ele mostra-se como uma metodologia que possibilita a interação entre pesquisador e participantes, entre o saber formal e informal, entre a teoria e a prática, conduzindo a mudanças reais na forma como as pessoas interagem entre si e com os outros (THIOLLENT, 2011).

A metodologia da PA tem suas origens nos trabalhos de Kurt Lewin, em 1946, num contexto pós-guerra, quando ele trabalhava com o governo norte-americano e desenvolvia atividades sobre mudanças de hábitos alimentares e de atitudes desses americanos frente a outros grupos minoritários. Seus trabalhos eram desenvolvidos junto aos seus estudos sobre o desenvolvimento e funcionamento de grupos. Daí o fato da PA, naquele momento, ser bastante aceita e desenvolvida nas empresas que exerciam atividades ligadas ao desenvolvimento organizacional (FRANCO, 2005).

Visando melhorar o trabalho e o desenvolvimento organizacional, foi substituída nos anos de 1946 a 1948, a partir de influências do positivismo, que modificaram a concepção de PA anteriormente cultivada por Lewin, passando a ser fragmentada em quatro tipos: diagnóstica, participante, empírica e experimental. Faz-se necessário enfatizarmos que tais dimensões sempre estiveram presentes, de forma integrada, nos estudos de Lewin; e que estas

mudanças levaram ao enfraquecimento e ao desconhecimento das reais origens desta metodologia por parte de alguns pesquisadores (FRANCO, 2005).

Na abordagem qualitativa, a PA se apresenta como uma importante ferramenta metodológico-gerencial, capaz de aliar teoria e prática por meio de uma ação que visa à transformação de uma determinada realidade. A investigação é subjetiva e quando realizada a partir de ferramentas metodológicas qualitativas requerem dialogicidade, reflexão, compromisso e um reconhecimento da subjetividade no objeto de pesquisa (KOERICH, 2009).

A PA é baseada na realidade da vida diária e do trabalho, em lugar e hora específica. A questão a ser pesquisada deve estar localizada no sistema social e suscetível de adotar as alterações que resultam do processo de investigação. É considerado um modelo de pesquisa associada a diversas formas de ações coletivas, orientadas para a resolução de problemas reais ou com objetivo de transformação. O processo de pesquisa é visto como uma parceria entre as partes interessadas, que podem incluir pesquisadores acadêmicos; profissionais das áreas de saúde, educação e bem-estar social; membros da sociedade civil; decisores políticos e outros (WRIGHT *et al.*, 2018).

A utilização da PA tem sido ampla na enfermagem, pelo interesse coletivo na resolução de problemas. Seu desenvolvimento prevê a resolução de situações cotidianas e que requerem mudança. Nesse sentido, ao optar por essa metodologia, deve-se ter em mente a necessidade de uma interação ou cooperação do pesquisador com os participantes, tendo em vista que esse tipo de metodologia estabelece uma relação participativa e ativa com o coletivo, como anteriormente citado. Além disso, é importante destacar o tempo que será utilizado para o cumprimento de todas as etapas desse método, visto que este possui doze etapas que devem ser seguidas pelo pesquisador (THIOLLENT, 2011).

Outro ponto que merece destaque refere-se à característica exploratória da ação, o senso ético que deve ser sempre preservado pelo pesquisador, a não imposição de valores ou grandes expectativas nos participantes da pesquisa, a atenção e o respeito às características próprias de cada pessoa, o tempo necessário para adquirir confiança dos sujeitos no pesquisador, além da adoção de um ambiente harmonioso e fraterno, buscando sempre um bom acolhimento e o bem estar desses participantes (HOGA; REBERTE, 2007).

A reflexão crítica proposta para os envolvidos na PA permite uma avaliação da realidade em que esses estão inseridos, por meio da análise de suas práticas e formulação de questionamentos que auxiliarão no planejamento e resolução posterior dos problemas. Surgem, então, novas habilidades e atitudes através do conhecimento individual e coletivo, construído com a ressignificação de saberes e transformação da realidade (THIOLLENT, 2012).

Ao pesquisador, cabe equacionar os problemas encontrados, orientar o estudo, acompanhar as decisões e participar da avaliação das ações. Estas, por sua vez podem ter caráter prático, técnico, educacional, social, político, estético e comunicacional, e outros (THIOLLENT, 2011).

Em relação ao campo da saúde, considera-se que a PA contribui para oferecer uma forma efetiva de avaliar e refletir sobre os processos de trabalho em saúde, com o objetivo de melhorar as práticas e o ambiente de trabalho para aqueles que fazem parte desse contexto: os profissionais de saúde e usuários (KOSHI, KOSHI, WATERMAN, 2011).

A metodologia da PA possui 12 fases que estão interrelacionadas e são flexíveis, não necessitando ser seguidas de forma ordenada e com rigidez (THIOLLENT, 2011):

1. Fase exploratória: é uma fase em que será explorado o campo de pesquisa, seus possíveis interessados, suas ações, além de ser realizado o levantamento da situação, dos problemas prioritários e elaborado os objetivos da investigação;

2. O tema da pesquisa: deve ser elaborado de forma simplificada; entretanto, deve sugerir os problemas e o enfoque que será abordado. Deve ser de interesse dos participantes e dos pesquisadores, para que haja cooperação e interesse mútuo;

3. A colocação dos problemas: definição do problema no qual o tema e os objetivos adquirem sentido, ou seja, devem ser colocados os problemas que se pretende resolver dentro de um campo teórico e prático;

4. O lugar da teoria: a teoria surge para fornecer sustentação aos achados na metodologia da PA. Esta deve ser trazida para as discussões, permitindo o entendimento por parte de todo o grupo;

5. Hipóteses: estas são conceituadas como uma suposição formulada pelo pesquisador para o problema de pesquisa, tendo em vista suas possíveis soluções;

6. Seminário: este se constitui como a principal técnica para coletar os dados, pois centraliza todas as informações coletadas em outros momentos, e depois discute suas interpretações;

7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: na PA, este campo observacional pode abranger geograficamente uma comunidade concentrada ou espalhada; já em relação à amostragem e representatividade qualitativa, estas são discutíveis;

8. Coleta de dados: esta é efetuada de várias formas, através das técnicas de entrevistas coletivas, entrevistas individuais com profundidade, questionários, observação participante, diário de campo, além da história de vida, entretanto, todas essas técnicas ficam sob controle do seminário central;

9. Aprendizagem: esta etapa envolve a produção e circulação de informações, elucidação e tomada de decisões, além de outros aspectos que fornecerá mais aprendizado aos participantes. Através da PA, tanto pesquisador quanto os participantes aprendem ao investigar e discutir suas ações;

10. Saber formal/saber informal: visam estabelecer a comunicação, o entendimento e a relação entre os dois universos culturais: os dos especialistas e dos participantes, tendo em vista que os dois sempre terão algo a contribuir um com o outro;

11. Plano de ação: é uma exigência da PA, deve se concretizar em uma ação planejada entre o pesquisador e os participantes. O plano de ação objetiva a ação, que precisa ser realizada para a obtenção da solução de um problema existente;

12. Divulgação externa: pode ser realizada em dois momentos: primeiramente, deve ser realizado o retorno dos resultados da pesquisa ao grupo de participantes do estudo e, posteriormente, devem ser discutidas e planejadas diferentes formas de divulgação externa, através de congressos, seminários, periódicos, dentre outros.

Após a análise dessas fases, faz-se necessário lembrar que elas se interrelacionam e que são bastante flexíveis, mas deve-se ter em mente que elas representam um ponto de partida e de chegada deste método, e que sempre o pesquisador deve seguir a ética em pesquisa e o rigor metodológico, para que seja preservada a cientificidade da metodologia da PA.

Thiollent (2011) defende que a PA é constituída de dois momentos principais: uma fase exploratória, inicial, e a divulgação dos resultados, a fase final, ambas permeadas por etapas intermediárias citadas acima, que podem, inclusive, acontecer durante o mesmo período. A flexibilidade é um atributo inerente ao método da PA, implicando-se com as diferentes situações diagnosticadas ao longo do processo.

A PA, nesse estudo, seguiu as fases de diagnóstico, aprofundamento, ações educativas e avaliação (THIOLLENT, 2011); e trouxe como proposta o desafio da ação educativa na prática da equipe de enfermeiras e técnicas de enfermagem, para implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer.

### 5.3 LOCAL DO ESTUDO

O *locus* do estudo foi a Unidade de Oncohematologia (UOH) e Transplante de Medula Óssea (TMO) de um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil. Segundo Brasil (2022), o Hospital Universitário é de grande porte e foi inaugurado em novembro de 1948, com o objetivo de atender às demandas acadêmicas do curso de Medicina, que, até então, utilizava outras



instituições para desenvolver seus conhecimentos teóricos. Foi mantido como órgão suplementar e vinculado à Faculdade de Medicina, até 2010, quando passou a ser órgão estruturante da Universidade. Salienta-se que o Hospital faz parte de um Complexo Hospitalar e filiado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo uma unidade hospitalar e ambulatorial de ensino, pública, de grande porte, referência em média e alta complexidade no estado e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Em função de possuir um perfil diferenciado, não dispõe de unidade para atendimento de emergência.

A UOH e TMO realizam internamento eletivo de paciente proveniente da Central de Regulação Estadual (CER) e do Ambulatório com doenças Oncohematológicas (benignas, oncológicas e transplante de medula óssea). São 12 leitos distribuídos em cinco enfermarias exclusivas às pessoas com doenças hematológicas, e cinco leitos destinados a transplante de medula óssea, totalizando 17 leitos de internação. No andar térreo do complexo, encontra-se o ambulatório para acompanhamento e seguimento dessas pessoas em tratamento, onde são realizadas consultas médicas, terapia quimioterápica e hemotransfusional (BRASIL, 2022).

Na unidade do estudo estão lotadas 12 enfermeiras assistenciais, uma enfermeira de referência e 23 técnicas de enfermagem, conforme descrição das escalas mensais. A cada plantão de 12 horas, a unidade conta com cerca de duas a três enfermeiras assistenciais e quatro a cinco técnicas de enfermagem, que são dimensionadas em forma de rodízio nas enfermarias, em uma escala mensal de 36 horas.

Para além dos profissionais supracitados, a unidade possui uma enfermeira de referência nas 12 horas, de segunda a sexta-feira, atendimento da psicologia à pacientes com demanda, médico hematologista e residentes médicos nas 12 horas diurnas. Cada enfermaria da unidade possui de dois a três leitos e uma enfermaria com apenas um leito para isolamento. Em caso de necessidade, o hospital dispõe de médicos plantonistas, conhecidos como retaguarda, para os demais horários. Dentre as patologias presentes nas pessoas hospitalizadas na unidade, estão: mieloma múltiplo, linfoma holding, HIV, linfoma de células T, hemofilia, leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crônica, mielodisplasia, preparo para TMO e cuidados pós – TMO e demais alterações relacionadas a oncohematologia.

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os colaboradores do estudo foram nove enfermeiras e 13 técnicas de enfermagem das UOH e TMO do hospital, totalizando 22 participantes. Para Thiollent (2011), quando o número

de participantes é muito vasto, considera-se a possibilidade de utilização de amostras ou de representatividade da população pesquisa.

Para a inclusão das participantes<sup>2</sup> no estudo considerou-se como critério: 1. Enfermeiras e técnicas de enfermagem que possuem, no mínimo, seis meses de atuação na unidade, tempo considerado suficiente para familiarização com o cuidado à pessoa com doença oncohematológica; 2. Pertencentes ao quadro permanente da unidade. Como critério de exclusão: 1. Enfermeiras e técnicas de enfermagem que estariam de férias, licença maternidade ou licença médica; 2. Profissionais que não sejam fixos na unidade. Foram excluídas duas técnicas de enfermagem por possuírem restrição e desempenharem atividades administrativas na unidade.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, a delimitação das falas de participantes aconteceu a partir do critério de saturação das informações, ou seja, quando os sentidos dos depoimentos dos participantes começam a demonstrar regularidade (MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Porém, esperou-se que o máximo de pessoas, entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, pudesse participar da PA.

## 5.5 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Conforme preconizado pelo método da PA, foram utilizadas algumas técnicas de coleta de dados em cada fase do processo de investigação (BREDA, 2015; THIOLENT, 2011).

Saliente-se que as tentativas de maximizar a participação não podem estar restritas a convites simples, é preciso usar a vasta gama de métodos desenvolvidos ao longo dos últimos anos para envolver as pessoas em processos de investigação. Isso requer um compromisso ativo e intensivo por parte daqueles que iniciam a pesquisa, sendo os processos de mobilização o cerne da PA. Os pesquisadores necessitam identificar formas significativas para julgar o grau e a adequação da participação dos envolvidos em cada contexto (WHIGHT *et al.*, 2018).

As atividades de campo foram desenvolvidas de forma presencial, com a ajuda de uma graduanda de enfermagem, previamente treinada para esta função e que possui aproximação com a temática, com a participação em disciplina optativa da Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA) - Enfermagem, Saúde e Espiritualidade, e que foi bolsista de Iniciação Científica

---

<sup>2</sup> Quando houve referência aos participantes deste estudo, foi utilizado o termo “as participantes”, em virtude da maioria pertencer ao sexo feminino.

PIBIC/UFBA desenvolvendo o projeto “O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual do ser na assistência hospitalar: revisão integrativa”, em que fiz parte como tutora.

A coleta de dados ocorreu com a aplicação do questionário individual, diário de campo e por duas técnicas de coleta em grupos (mapa falante e oficinas educativas), visto que há um repertório crescente de métodos de coleta de dados, cuja finalidade é envolver os participantes de forma mais ativa no estudo, em comparação com entrevistas ou inquéritos tradicionais (VAN DE VEN, 2007).

### **5.5.1 Questionário**

O questionário foi um instrumento contendo perguntas, aplicado para caracterização das participantes do estudo, de forma sucinta (APÊNDICE B). Trata-se de ferramenta que permite coletar informações iniciais sobre atitudes e conhecimento sobre os participantes (KOSHI, 2005).

### **5.5.2 Mapa falante**

Para a fase diagnóstica da realidade vivenciada entre as participantes, foi utilizado o mapa falante como técnica de coleta inicial, por se tratar de um importante instrumento para se fazer uma leitura de determinada realidade, a partir de suas diversas dimensões. Para a construção deste, as participantes fizeram uma representação coletiva de como percebem o fenômeno a ser estudado, o que facilita uma análise crítica da situação encontrada e o planejamento de ações voltadas especificamente para o espaço analisado. Através da técnica de coleta participativa, foi estimulado o uso da criatividade e reflexão, o que pode favorecer o alcance de objetivos propostos (SPINDOLA; SABÓIA; MACEDO, 2020).

O Mapa Falante é uma construção realizada pelas participantes do estudo, que a partir de suas ponderações e criatividade, desenvolvem suas percepções, ideias, crenças e entendimentos acerca do fenômeno em estudo, dos seus contextos, trazendo um conjunto de imagens, desenhos, palavras, fotos, ou outras ferramentas ilustrativas, que remetem a realidade vivenciada, além de descreverem os recursos disponíveis, assim como o meio cultural, social e emocional dos participantes (SANTOS; PEKELMAN, 2008). Assim, as informações que foram analisadas na fase exploratória orientaram o planejamento das ações educativas implementadas na PA.

### 5.5.3 Oficinas

Para garantir a efetividade das ações educativas e estimular a interação das participantes, foram utilizadas estratégias educacionais dialógicas, como oficinas de educação em saúde, troca de facilidades, dificuldades, vivências e experiências entre as participantes, levando em consideração suas crenças, culturas, mitos e conhecimentos prévios sobre a dimensão espiritual. Esse tipo de educação em saúde, baseada no diálogo e participação social, é uma poderosa ferramenta no que diz respeito a atividades inerentes aos serviços de saúde, contribuindo significativamente para promover a autonomia, e responsabilização das pessoas (FREIRE, 2011), e, conseqüentemente, para a melhora da QV de pessoas enfermas.

As oficinas se constituem em espaços para reflexões e discussões de vivências, e é definida como um processo educativo pluridimensional, coletivo, planejado e coordenado, que se singulariza pela criatividade no modo de trabalhar, e pelo produto construído (CHIESA, WESTPHAL, 1995; CORCIONE, 2003). Utilizam informação e reflexão, mas trabalha, também, com os significados afetivos e a experiência relacionada com o tema discutido, sendo, portanto, uma prática de ação psicossocial, seja em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de política social (AFONSO, 2013).

De acordo com Thiollent (2011), a oficina pedagógica promove a ação coletiva e potencializa o espírito crítico e participativo. Assim, as oficinas estimulam o trabalho grupal participativo, com integração, cooperação e estímulo para a construção de trabalho coletivo do grupo. O termo “oficina” é atribuído às diversas formas de trabalho com grupos, em diversas áreas da educação, saúde, movimentos sociais, para diversas faixas etárias, em que se busca construir soluções para problemas ou situações vivenciadas no seu contexto (AFONSO, 2013).

O principal objetivo das oficinas é a criação coletiva a partir dos recursos do próprio grupo, buscando valorizar a adversidade e potencialidade de cada participante (CORCIONE, 2003). Nesse sentido, considera-se que as oficinas representam uma metodologia dialética, dinâmica, que possibilita a troca de experiências sobre os temas emergentes, favorecendo a problematização das discussões e estimulando a visão crítica do grupo, que buscará soluções para a mudança na prática.

A prática, ação e reflexão dos profissionais sobre a realidade do processo saúde-doença, frente às atividades propostas nas oficinas, garante um compromisso autêntico com a realidade posta, desfazendo, assim, uma prática assistencial imutável e estática frente aos desafios do processo de promoção e prevenção em saúde (RAMOS *et al.*, 2020), garantindo, no estudo

proposto, uma transformação ampla, resolutiva e integral acerca da atenção à espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer.

Para tanto, o método de “oficina” oferece uma estrutura planejada em encontros que permite ao grupo participante ter voz e sensibilização para as mudanças necessárias identificadas pelo próprio grupo, a partir de um processo democrático, participativo, com liberdade de expressão. A tarefa grupal é refletir dificuldades sobre uma questão ou problema central e fazer propostas para solucioná-las (SPINK; MEGANON; MEDRADO, 2014).

#### **4.3.4 Diário de campo**

O diário de campo é um instrumento utilizado pelos investigadores para registrar os dados recolhidos que podem, ou não, ser interpretados. Neste sentido, é uma ferramenta que permite sistematizar as experiências para, posteriormente, analisar os resultados. O diário de campo (APÊNDICE C) foi utilizado em todas as fases, a fim de captar detalhes da organização do processo de trabalho e interação entre as participantes do estudo, que possuem influência direta na descrição dos achados do estudo.

## **5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

O mapa falante e as oficinas foram organizados e realizados em quatro diferentes fases da coleta de dados, a saber:

**1ª fase:** Diagnóstico situacional da realidade –foi realizada a técnica do mapa falante (APÊNDICE D), sempre avaliando a necessidade de mais um encontro, a depender do alcance dos objetivos. Inicialmente, foi aplicado o questionário para caracterização das participantes e questões sobre conceitos de espiritualidade, religião e de religiosidade, e como compreendem o cuidado à dimensão espiritual no contexto da doença oncológica. Na segunda abordagem, foram discutidas as dificuldades e facilidades em inserir o cuidado espiritual a pessoa com câncer. Na abordagem subsequente, a discussão se movimentou acerca dos fatores intervenientes no uso dos diagnósticos da NANDA-II no PE, bem como do cuidado espiritual para os possíveis problemas que possam ser identificados na pessoa com doença oncológica.

**2ª fase:** Planejamento das ações educativas junto ao grupo. A partir de problemas compartilhados, e dos temas geradores de discussão, foram desenvolvidas ações educativas, mediante três oficinas (APÊNDICE E). O planejamento se consistiu em definir as ações que contribuiriam para a solução/equacionamento dos problemas detectados, assim como os

objetivos dessas ações, os meios necessários para alcançá-los e os sujeitos que iriam efetuar-las (THIOLLENT, 2011).

**3ª fase:** Implementação das ações – oficinas educativas. A execução das ações seguiu com um roteiro de cada oficina, visando contemplar os objetivos específicos do estudo. Salienta-se que, ao final de cada oficina, foram feitas as análises e avaliações parciais (APÊNDICE F), a fim de nortear a PA e retomar o processo para adequações do planejamento e estratégias no prosseguimento das fases da pesquisa. Esse movimento é compreendido como o ciclo da pesquisa ação, ou seja, da “ação-reflexão” para o “aprendizagem-ação” (THIOLLENT, 2011).

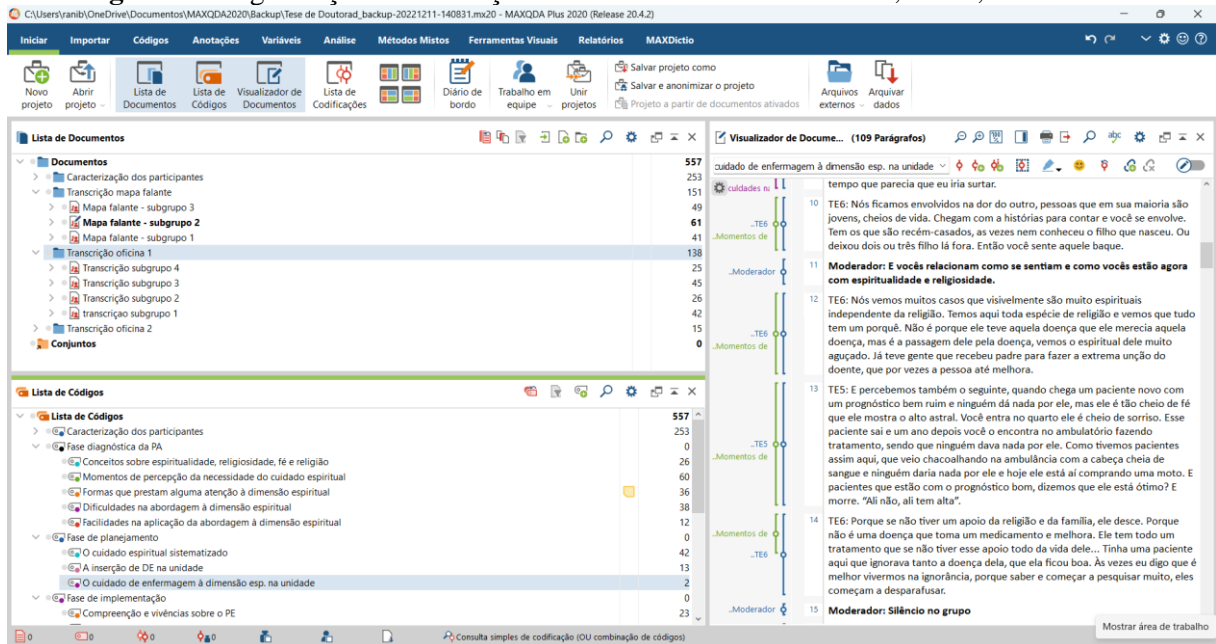
Ao final das oficinas, os diagnósticos da NANDA-II e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual foram implementados na prática e incluídos no PE, através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que é um sistema de gestão hospitalar, adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais da rede EBSEH, que possibilita o uso do prontuário eletrônico no hospital. Tal possibilidade de inclusão destes em prontuário foi estabelecida previamente com o enfermeiro Responsável pela SAE e PE do hospital, que se propôs a parametrizar no sistema (quando solicitado), visto que não havia diagnósticos e cuidados referentes ao objeto de estudo na instituição. Assim, ao término dessa fase, a pesquisadora forneceu os diagnósticos e cuidados de enfermagem, construídos coletivamente nas oficinas educativas, que foram adicionados ao sistema informatizado.

**4ª fase:** Avaliação final da PA – aconteceu por meio da observação participante da pesquisadora, através de visitas à unidade, observando os prontuários eletrônicos, prescrições de enfermagem, e através de diálogo *in loco* com a equipe de enfermagem. Após dois meses, foi realizada uma Oficina final (APÊNDICE G), com o objetivo de avaliar, junto à equipe de enfermagem, a sua participação na PA, e a repercussão desse processo em sua realidade laboral. Nesta sessão, discutiu-se sobre o conhecimento construído com a problematização do grupo, a vivência com a ação educativa aplicada e o aprendizado no processo de pesquisa.

## 5.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram importados, transcritos e organizados com o auxílio do software *MAXQDA plus 2020* (MAXQDA, 2020), conforme figura abaixo:

**Figura 1** – Organização e codificação dos dados no estudo. Salvador, Bahia, Brasil. 2022.



Fonte: MAXQDA.

Os dados foram submetidos à análise temática, como um método que identifica, analisa e descreve com riqueza de detalhes os temas presentes nos dados. Na análise temática de dados qualitativos, os resultados devem ser produzidos mediante uma abordagem latente do conjunto de elementos que compõem os dados. Tal estratégia deve ser utilizada para examinar pressupostos, ideias, concepções e ideologias subjacentes ao conteúdo semântico (BRAUN, CLARKE, 2006).

Na análise temática, é possível o uso de ferramentas de pesquisa flexível e útil, que pode fornecer uma minuciosa e complexa análise de dados. Assim, Braun e Clarke (2006) trazem uma proposta de análise composta de seis fases e afirmam que o importante é justificar bem os usos, pois ao longo do processo de Análise Temática, o pesquisador pode desenvolver ou flexibilizar instrumentos de análise, para além daqueles apresentados.

A análise de dados seguiu as seis fases da análise temática preconizadas pelos autores supracitados. Foram feitas adaptações, para que as fases da análise se adequassem à estratégia de trabalho em dinâmica de grupo:

1. Familiarização com os dados de cada instrumento - Leitura flutuante do material transcrito e anotações de campo - Escuta repetitiva das gravações - Anotações sobre o tom de voz dos participantes, indicando pausa, entusiasmo, relutância- Observação do material produzido pelos participantes;
2. Codificação dos dados - Agrupamento dos dados através de códigos - Identificação dos aspectos semânticos e conceituais dos dados que constituem padrões repetidos (os temas);

3. Busca por temas - Classificação dos códigos como potenciais temas - Combinação dos diferentes códigos para compor um tema abrangente;

O tema é o principal produto de análise de dados, fruto dos resultados práticos na área de estudo, sendo usado como atributo, descritor, elemento e conceito. Ou seja, um tema organiza um grupo de ideias e permite aos pesquisadores responder ao problema de pesquisa. Um tema contém códigos que têm pontos comuns e um elevado grau de generalidade que unifica ideias sobre o assunto investigado (VAISMORADI *et al.*, 2016).

4. Revisão dos temas - Checagem da correspondência entre os trechos codificados do texto e cada tema, verificando se há coerência - Observação da validade de cada tema em relação ao conjunto dos dados;

5. Definição dos temas - Análise de cada tema, identificando sua essência e atribuindo-lhes um nome conciso, informativo e incisivo;

6. Produção escrita - Relato de uma história autêntica e coerente, através de uma análise que capture a essência dos dados e a contextualize em relação à literatura científica e ao construto teórico selecionado.

Braun e Clarke apresentam a pesquisa qualitativa caracterizada pela flexibilidade por ser essencialmente independente de uma teoria, que pode ser aplicada utilizando as diversas abordagens teóricas e epistemológicas.

[...] Análise Temática não é apegada a qualquer arcabouço teórico pré-existente e, por conseguinte, ela pode ser utilizada em diferentes quadros teóricos (embora não todos), e pode ser usada para fazer coisas diferentes dentro deles. (BRAUN; CLARKE, 2006, p. 81)

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa encontra-se vinculada ao NESPI, da Escola de Enfermagem da UFBA e obedeceu às Resoluções nº 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que discorre sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, incorporando referenciais da bioética como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, para garantir os direitos e deveres dos profissionais de saúde que colaboraram com a pesquisa, bem como dos pesquisadores e do Estado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016, BRASIL, 2018).

Para acesso a instituição foi encaminhado ofício e projeto de pesquisa, pelo SGPIT, à chefe de Divisão de Enfermagem e Coordenação da UOH e TMO, a fim de obter a carta de anuência, que foi assinada, concordando com o estudo (ANEXO I).



Posteriormente, o projeto foi submetido ao Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica (SGPIT), via site Rede Pesquisa da Ebserh/gov.com, que avalia a exequibilidade dos projetos antes de análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital desde 06/2021. Após o termo de viabilidade, o projeto foi submetido pelo pesquisador ao CEP do Hospital Universitário, via Plataforma Brasil, para apreciação. A coleta dos depoimentos foi iniciada após a tramitação no CEP.

Após aprovação do CEP, a coordenação da unidade foi informada, através de ofício, sobre o conteúdo da pesquisa. As participantes incluídas foram informadas sobre os objetivos, benefícios previstos, relevância, potenciais riscos e o incômodo que este podia vir a acarretar, deixando-os livres para aceitar ou rejeitar a participação no estudo a qualquer momento. O TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE H) foi aplicado e a coleta de dados ocorreu após concordância e assinatura destes.

Foi esclarecido que, durante a realização da entrevista, os depoimentos seriam gravados, e que este material será arquivado na sala do NESPI, com acesso restrito às pesquisadoras do estudo, e após cinco anos será destruído. Essas informações serão utilizadas apenas para divulgação/publicação do conhecimento científico produzido com a pesquisa, através da apresentação em eventos e/ou publicação de artigos.

Cabe ressaltar que este estudo não teve riscos físicos às participantes, desconfortos psicológicos e/ou emocionais. Em casos de incômodos ou constrangimentos durante todas as fases da PA, o participante poderia aceitar ou não continuar sua participação no estudo, sem qualquer prejuízo à sua pessoa e ao seu vínculo empregatício, sendo garantido, também, anonimato e sigilo dos dados referentes à identificação. Nesse caso, a coleta de dados seria interrompida e a pesquisadora ofereceria o apoio emocional e psicológico necessário ao profissional de saúde. Foi informado às participantes que não haveria qualquer benefício financeiro, para nenhuma das partes.

O TCLE foi redigido em linguagem simples e clara e, disponibilizado em duas vias: uma para a pesquisadora e uma para o participante. O TCLE também garantiu que a pesquisadora prestaria qualquer esclarecimento adicional que o participante solicitasse e o direito de desistir da participação em qualquer momento. Para manutenção do anonimato, as participantes enfermeiras foram identificados através da letra E, e para as técnicas de Enfermagem, a identificação TE seguida por número ordinal das falas. Salienta-se que não houve recusa à participação, desistência ou necessidade de intervenção emocional/psicológica nas fases da pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados apresentados no **Quadro 1**, representam o perfil dos 22 participantes da pesquisa. Conforme identificado, a equipe de enfermagem representa uma categoria fortemente inserida no SUS, e com atuação expressiva nos setores público e de ensino (COFEN, 2015). Acerca da categoria profissional, 13 são técnicas de enfermagem; e nove, enfermeiras, todos entre 29 e 60 anos, totalizando uma média de 38 anos.

Treze autodeclararam pardos, seis negros e três brancos. Dezesesseis participantes são do sexo feminino e seis do sexo masculino, reforçando a área predominantemente feminina, por questões de associação histórica da força de trabalho feminino nas atividades de cuidado às pessoas. Apesar das participantes serem predominantemente do sexo feminino, 84,6%, registra-se a presença de 15% de pessoas do sexo masculino. Ocorre uma tendência à masculinização da categoria, com o aumento crescente do contingente masculino na enfermagem, sendo uma situação relativamente recente (COFEN, 2015).

No tocante a titulação máxima, oito possuem especialização em oncologia (todas enfermeiras); uma enfermeira possui doutorado; sete, das 13 técnicas de enfermagem; possuem graduação (biologia ou enfermagem). Pesquisa corrobora tais dados, ao evidenciar que o desejo de se qualificar é um anseio do profissional da enfermagem brasileira, que busca melhorar sua posição no mercado de trabalho, sendo que 80,1% das enfermeiras reportam ter feito cursos de pós-graduação, a maioria na modalidade de Especialização (MACHADO, 2017). A maioria, dos trabalhadores de nível médio (técnicas e auxiliares), deseja cursar graduação e muitos já apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, inclusive, com graduações (SILVA; MACHADO, 2020).

Estudo evidenciou que, para atender às demandas exigidas das unidades de oncologia, pela complexidade do cuidado, o constante desenvolvimento da área e para acompanhar as inovações tecnológicas, enfermeiras procuraram suprir a lacuna da graduação, pois se sentem desprovidos de bagagem de conhecimentos específicos sobre a enfermagem oncológica (LUZ, *et al.*, 2016).

Com relação ao tempo de atuação na enfermagem, houve variação entre seis e 23 anos; na área de oncologia, o tempo variou entre seis meses e 18 anos. A maioria (18 profissionais) possuem um vínculo e quatro (18%) possuem dois vínculos empregatícios, com variação de 36 (em um vínculo) a 72 horas semanais. O fato de 82 % das participantes possuírem apenas um

vínculo empregatício na UOH e TMO deve-se à remuneração mensal do local estar acima do valor pago nas maiorias das instituições do Brasil, o que não representa a realidade da equipe de enfermagem em atividade assistencial no território brasileiro.

Quanto a religião ou crença, dez são católicos; seis, evangélicos; um, testemunha de Jeová; um, espírita; quatro, não possuem afiliação religiosa, sendo um desses autodeclarado ateu. Para Mendonça (2003), o contingente dos que não têm religião pode ser composto por positivistas, grupo provavelmente em extinção, ateus, agnósticos e indiferentes. Assim, o autor sustenta a hipótese de que há uma crescente e rápida secularização da sociedade brasileira adeptos a uma espécie de religião civil sincrética e difusa.

A predominância do catolicismo no Brasil possui história no processo de colonização portuguesa, com forte influência cultural e política da Igreja Católica Apostólica Romana. Com isso, sabe-se que houve a imposição dos valores cristãos do catolicismo, para que os nativos brasileiros se enquadrassem nos valores sociais europeus (FREITAS, 2019).

Com a mudança dos aspectos econômicos e sociais, é possível notar o crescimento e a diversidade dos segmentos religiosos, o que configura o Brasil como um país laico, não confessional, assegurando a todos a liberdade religiosa, inclusive, a liberdade de culto, crença e organização religiosa, podendo a pessoa professar sua fé, ou até mesmo, a deixar de fazer, se assim o quiser (ZANOTTI; CAMARGO, 2018). Contudo, há presença majoritária das religiões de origem cristã no Brasil (SOFIATI; MOREIRA, 2018).

Em um Estado laico, como o Brasil, as pessoas são protegidas pela Constituição para manifestarem livremente suas crenças e religiosidade, desde que observado o princípio de que a religião pertence à vida privada, embora ainda haja muito preconceito com determinadas crenças, ou àqueles que não acreditam em Deus ou na presença de divindades.

**Quadro 1:** Dados das participantes do estudo. Salvador. Bahia, Brasil, 2022.

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Raça/cor	Categoria Profissional	Titulação máxima	Tempo de atuação Profissional	Tempo de atuação em Oncologia	Vínculos (Número)	Carga Horária semanal	Religião/Afiliação religiosa
E1	31	M	Pardo	Enfermeiro	Especialização	7 anos	7 anos	1	36	Não possui (Ateu)
E2	34	F	Branca	Enfermeira	Especialização	10 anos	10 anos	1	36	Católico
E3	33	F	Parda	Enfermeira	Especialização	10 anos	4 anos	2	72	Evangélico
E4	35	F	Branca	Enfermeira	Especialização	10 anos	3 anos	1	36	Católico
E5	49	F	Preta	Enfermeira	Especialização	20 anos	7 anos	1	36	Católico
E6	36	F	Parda	Enfermeira	Especialização	8 anos	2 anos	1	36	Não possui
E7	42	M	Pardo	Enfermeiro	Especialização	15 anos	6 meses	1	36	Evangélico
E8	33	F	Parda	Enfermeira	Doutorado	9 anos	4 anos	1	36	Católico
E9	33	M	Branco	Enfermeiro	Especialização	12 anos	8 anos	1	36	Não possui
E10	42	F	Branca	Enfermeira	Especialização	14 anos	4 anos	1	36	Espírita
TE1	30	M	Preto	T. Enfermagem	Graduação	7 anos	7 anos	1	36	Evangélico
TE2	35	F	Preta	T. Enfermagem	Graduação	13 anos	7 anos	1	36	Católico
TE3	34	F	Parda	T. Enfermagem	Nível Técnico	12 anos	6 anos	1	36	Católico
TE4	33	F	Parda	T. Enfermagem	Graduação	18 anos	18 anos	2	72	Evangélico
TE5	56	F	Parda	T. Enfermagem	Graduação	23 anos	7 anos	1	36	Católico
TE6	46	F	Parda	T. Enfermagem	Graduação	15 anos	7 anos	1	36	Não possui
TE7	29	M	Preto	T. Enfermagem	Nível Técnico	8 anos	7 anos	2	73	Evangélico
TE8	44	F	Preta	T. Enfermagem	Graduação	9 anos	9 anos	1	36	Católico
TE9	34	F	Parda	T. Enfermagem	Graduação	14 anos	7 anos	1	36	Católico
TE10	55	F	Parda	T. Enfermagem	Nível Técnico	10 anos	6 anos	1	36	Evangélico
TE11	29	F	Preta	T. Enfermagem	Nível Técnico	6 anos	6 anos	1	36	Católico
TE12	47	M	Pardo	T. Enfermagem	Nível Técnico	10 anos	7 anos	1	36	Testemunha de Jeová
TE13	40	F	Parda	T. Enfermagem	Nível Técnico	18 anos	7 anos	2	66	Evangélico

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

## 6.2 DESCREVENDO AS FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Foram realizadas visitas a unidade em quatro turnos, para observação da dinâmica do processo de trabalho, aproximação, criação de vínculo e confiança e diálogo informal com enfermeiras e técnicas de enfermagem sobre a temática, anteriormente a fase inicial do estudo. Nesses momentos, percebeu-se o quanto a temática chamou a atenção, onde muitas participantes dialogaram entre si na unidade e comentaram sobre a dificuldade em lidar com a espiritualidade e religiosidade, e assim, alguns mencionaram “ah, eu quero participar!”, “vamos combinar logo o dia!”, o que me deixou mais motivada e certa da importância de se trabalhar a problemática na unidade.

Houve falas, também, do tipo: “vamos falar de espírito? Eu tenho medo!”; “Não sei como fazer essas coisas com o paciente, mas sei que funciona bem para mim”; “Eu gostei desse estudo, pois nos cursos a gente só houve falar de doença, mas uma coisa assim que ajude os pacientes vai ser bom”; “Olha enfermeira, a fé ajuda muito. Aqui muita gente lida com o desespero da doença que não tem cura, a gente fica abalado também”; “A gente não sabe nem o que dizer, e tendo esses cuidados assim mais claros... vai ficar mais fácil”.

Observou-se a convivência cordial entre os membros da equipe, que se ajudam na assistência e possuem laços de afeto e diálogo nas decisões. A equipe da unidade é pequena, e assim, possibilita de maneira mais assertiva, a socialização das informações. Nesses momentos, foi combinado o posterior envio de uma carta-convite (APÊNDICE I) para ser repassada às participantes via grupos de *Whatsapp*, a fim de que a coordenação pudesse ter ciência, de fato, daqueles interessados em participar, para viabilizar a carga horária e ajustar a escala, vez que os encontros aconteceram em dias que as participantes não estavam de plantão. Para estimular a participação durante as visitas a unidade, a enfermeira de referência sugeriu que a carga horária fosse computada, o que foi aceito.

Essa fase inicial foi importante e registrada em diário de campo, na busca das adequações para o método de coleta do mapa falante na fase diagnóstica, e ajuste entre as expectativas das participantes e da pesquisadora.

A transformação, nesse estudo, aconteceu por meio de atividades em grupo, com uso da técnica do mapa-falante e oficinas educativas, visto que o trabalho em grupo pode ser uma estratégia facilitadora no processo de ensino e de aprendizagem, pois possibilita o compartilhamento de conhecimentos entre as participantes. A ajuda mútua proporciona a oportunidade de aprender com o outro. Nas atividades em grupo, acontece a quebra da relação vertical de aprendizagem existente entre o educador e o educando, possibilitando, no trabalho

em grupo, uma relação horizontal que favorece a construção face as intenções do grupo (FREIRE, 2011b).

### **6.2.1 Diagnóstico situacional da realidade**

O diagnóstico situacional da realidade aconteceu através da técnica do mapa falante, com três atividades aplicadas em um único período, em agosto de 2022. Participaram oito enfermeiras, incluindo a enfermeira de referência, e 11 técnicas de enfermagem. A técnica do mapa falante durou, aproximadamente, três horas.

No dia da realização dessa oficina, a qual foi conduzida por um roteiro específico (APÊNDICE C), as participantes receberam o TCLE e o questionário contendo dados a serem preenchidos. Antes de iniciá-la, a pesquisadora se apresentou, deu as boas-vindas, apresentou a discente de graduação ao grupo e reforçou os objetivos do estudo. Foi mencionada a importância da participação das profissionais em todos os encontros e como eles aconteceriam.

A atuação da graduanda de enfermagem foi crucial em todos os momentos da PA, pois esteve atenta às observações da comunicação não verbal, organização das falas, anotações das identificações das participantes e ajuda na distribuição de materiais necessários à realização das atividades.

Foi pontuado que, durante os encontros, a função da pesquisadora seria de mediadora, e que a construção seria da equipe de enfermagem em movimento às ações proposta pelo estudo, a fim de atingir o objetivo maior. Em seguida, foi apresentado um vídeo com a música “Tocando em frente” por Almir Sater, e posteriormente, foi perguntado às participantes o que sentiram ao ver e ouvir ao vídeo, e como relacionam isso a enfermagem.

As participantes relacionaram com a perseverança que precisam para enfrentar o dia a dia, a atenção no cuidado à pessoa com doença oncohematológica, com a esperança de dias melhores, amor nas ações de saúde, e que no cuidado é preciso, também, respeitar esse tempo que a pessoa necessita para entender o seu processo de adoecimento.

Após esse momento, a pesquisadora comentou sobre o processo de diagnóstico do câncer, o convívio com o adoecimento e sobre as ressignificações necessárias para manutenção da qualidade de vida, com ênfase na força que a dimensão espiritual exerce nesse contexto. Ao final, ficou claro a relação com a música apresentada.

Ao término desse momento, a mediadora apresentou a finalidade do encontro, a saber: Conhecer as características das participantes, através da aplicação do questionário de caracterização; Estabelecer o acolhimento e diálogo; Facilitar a expressão de percepções e

conceitos de espiritualidade, religiosidade, religião e fé; Resgatar as experiências e conceitos prévios acerca da temática; Conhecer possíveis dificuldades e facilidades consideradas pela equipe de enfermagem na abordagem a dimensão espiritual da pessoa com câncer; Conhecer se acontece de alguma forma o cuidado a dimensão espiritual no cotidiano.

As participantes receberam orientações sobre o conceito do mapa falante, desenhos, escritas e outros, com liberdade para a criatividade e o colorido. Foram disponibilizadas cartolinas em cada atividade, bem como canetas coloridas, lápis de cor, hidrocor, marca texto, lápis de cera e cola colorida. Nesse momento, houve comentários e sorrisos com falas: “ah não sou criativa”, “nossa, não sei me expressar por desenhos”, “nunca participei de pesquisa assim, mas já estou gostando, vai tirar a gente da mesmice”. No início da construção, as participantes mostraram-se tímidos, mas depois que iniciaram os desenhos, se sentiram à vontade com a dinâmica, ficaram entusiasmados e participativos até o final, sendo muito agradável e leve.

O tempo para a confecção dos desenhos foi de 20 minutos, e quando esgotou o tempo as participantes haviam finalizado a atividade. Durante a produção houve conversas entre eles, com interações, comentários sobre os desenhos e discussão sobre o que o desenho sinalizava. Tais pontuações foram registradas em diário de campo.

Logo, as participantes estavam totalmente envolvidas nos desenhos, na tentativa de fazer o seu máximo, discutindo sobre o tema, buscando atingir os objetivos do mapa. Ao final, relataram que havia sido uma experiência diferente, interessante, terapêutica e descontraída.

O primeiro tema gerador, para a Atividade 1 foi: Quando penso em espiritualidade entendo... Quando penso em religiosidade entendo... quando penso em religião entendo... quando penso em fé entendo...

Na **figura 2**, observa-se os mapas referentes à primeira atividade do mapa falante, a qual as participantes fizeram em conjunto.

Figura2 – Mapa Falante. Atividade 1. Salvador, Bahia, Brasil, 2022



Fonte: Participantes do estudo, 2022.



Após os desenhos, aconteceu o momento de discussão, em que participantes comentaram sobre os desenhos, momento em que foram levantadas as experiências prévias e vivências na prática sobre o binômio espiritualidade/religiosidade e mediação da pesquisadora, com as seguintes considerações:

- Existem diversos conceitos sobre a espiritualidade, religiosidade e fé. Por vezes difíceis de entender pela subjetividade a que se referem;
- Embora estejam conectados, é possível reconhecer a diferença entre espiritualidade e religiosidade;
- Espiritualidade é algo relacionado à crença, esperança, que faz com que opte pela pessoa com câncer em continuar na luta diária. Religiosidade é a prática da religião, ligada a crenças, templos e objetos religiosos. A dimensão espiritual agrega a espiritualidade e religiosidade;
- Definir religiosidade é mais fácil do que definir espiritualidade, e assim, o cuidado espiritual torna-se mais acessível aos profissionais de enfermagem às pessoas religiosas, pois elas sempre possuem objetos relacionados ao Sagrado nos leitos da unidade.

Dando sequência, iniciou-se a Atividade 2, com a divisão em 3 subgrupos, que receberam trechos de relatos de pessoas com câncer da dissertação de mestrado da pesquisadora (APÊNDICE J), em que os entrevistados comentaram sobre o vivido com o sofrimento, culpa e morte, e como a dimensão espiritual demarca importância nesse cotidiano.

Consequente a leitura, foi lançado o tema gerador para o mapa falante: Considerar a espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer é importante porque...de que forma a espiritualidade e a religiosidade possuem importância no cuidado a pessoa com câncer?

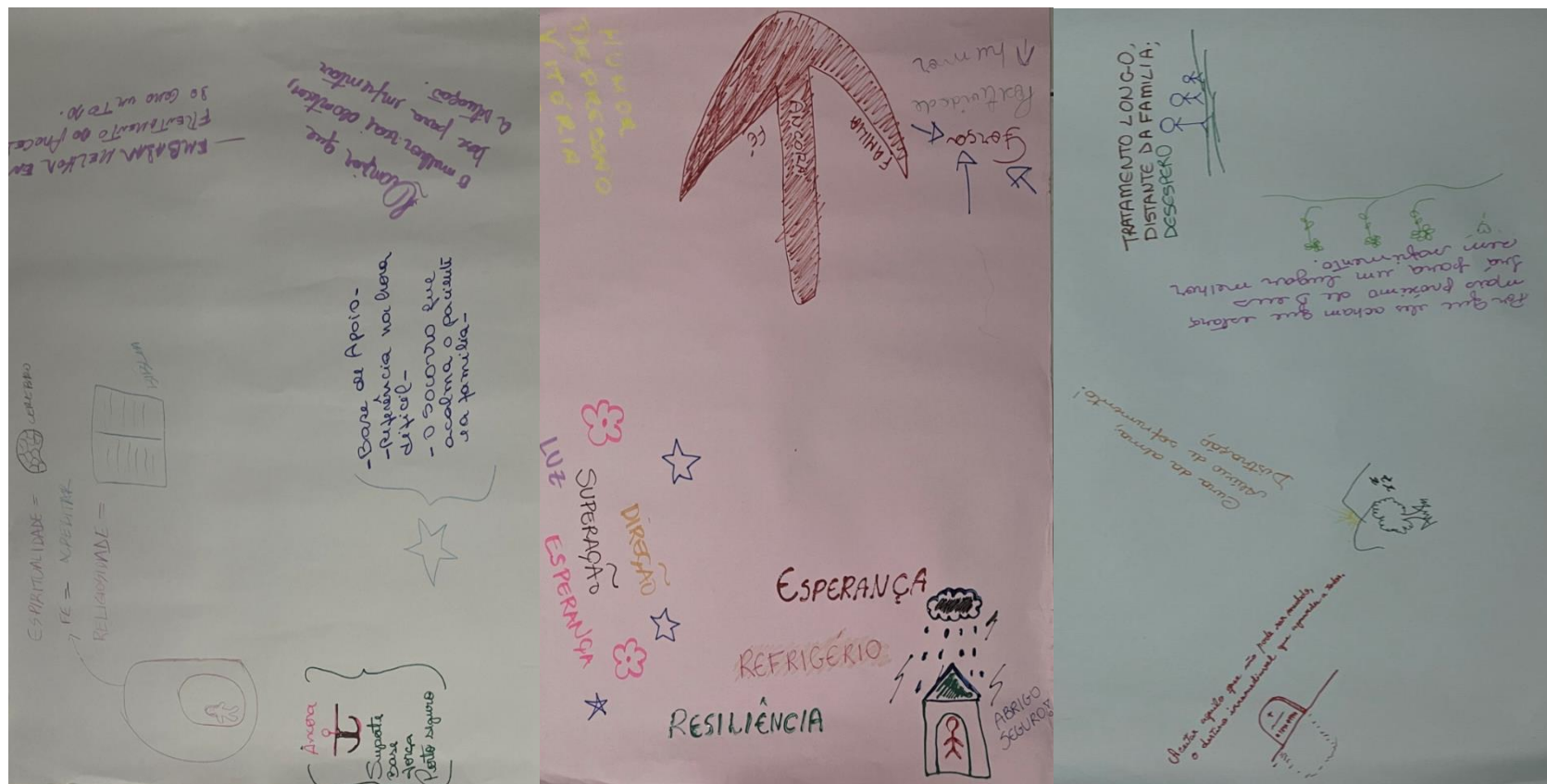
Nessa atividade, observou-se a dificuldade de alguns participantes para realizarem desenhos relacionados à importância da espiritualidade/religiosidade e houve pedidos de mais explicações, alegando que escrever/desenhar sobre essa importância não era uma tarefa fácil. Foi oferecido 20 minutos, estendendo mais algum tempo diante da dificuldade apresentada. A atividade iniciou com pouco diálogo entre eles que, posteriormente, passaram a interagir e agregar novas idéias e conhecimentos prévios.

Freire afirma que é tempo de possibilidade e não de determinismo; por isso, o educador deve sonhar, decidir e romper com a falsa ideia de que nada podemos contra a realidade, pois ela seria imutável e “natural”. De acordo com o autor, a luta pela transformação de toda e qualquer forma de opressão não será realizada por métodos educativos hegemônicos, mas ao

contrário, ela será alcançada com o auxílio de processos pedagógicos democráticos (FREIRE, 2013).

A **figura 3**, mostra a produção das participantes referente à atividade.

Figura 3 – Mapa Falante. Atividade 2. Salvador, Bahia, Brasil, 2022



Fonte: Participantes do estudo, 2022.

Após o tempo de confecção dos mapas, abriu-se o momento de socialização dos grupos e mediação da pesquisadora, para a construção de tópicos importantes levantados na atividade, a saber:

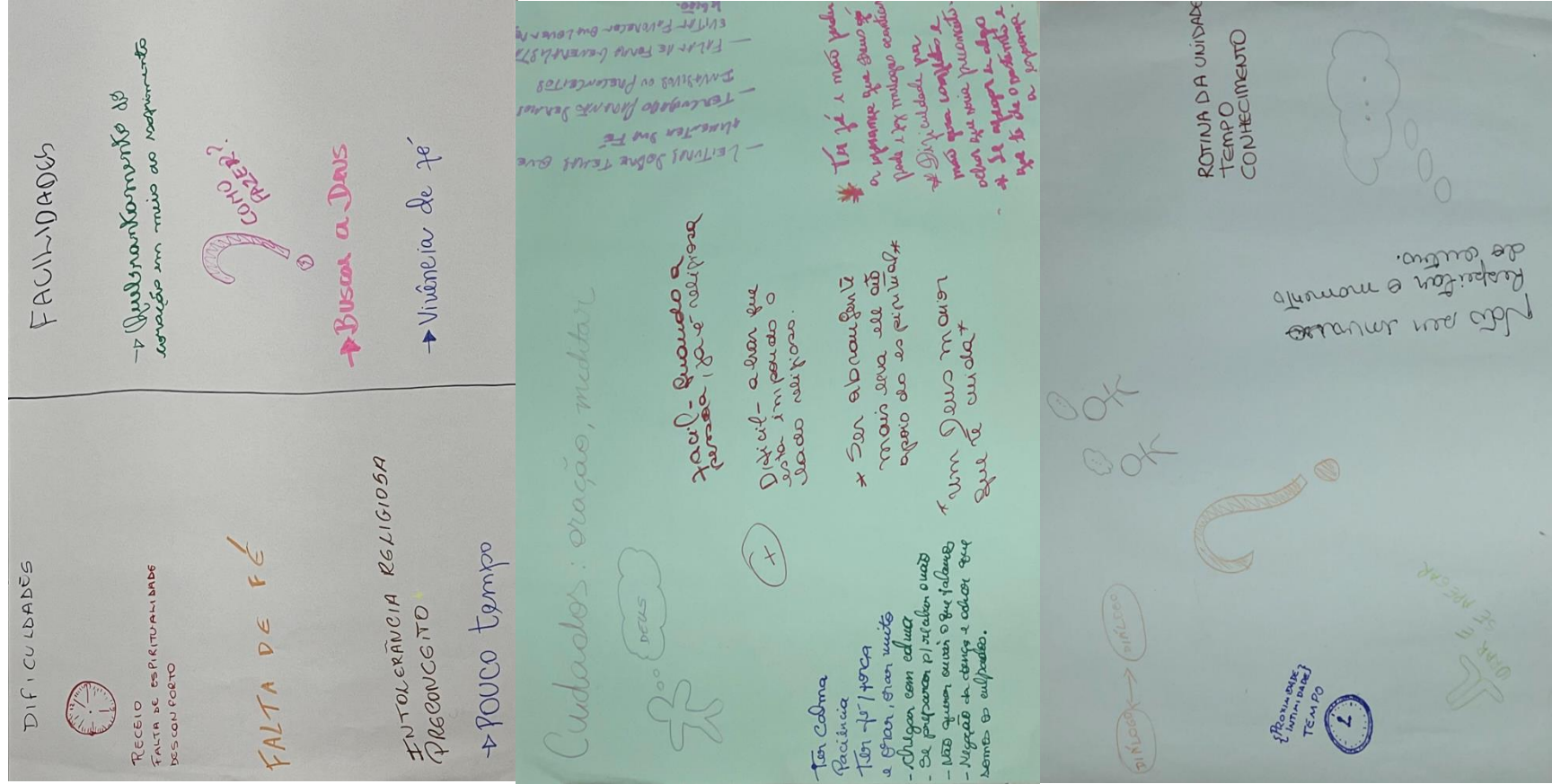
- A espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer é importante por proporcionar força, conforto e ressignifica o cotidiano com o câncer, melhorando o enfrentamento;
- A prática religiosa pode possibilitar a pessoa melhor enfrentamento do tratamento e hospitalização por câncer;
- Todos os pacientes devem receber cuidados à dimensão espiritual, inclusive aqueles que não possuem religião, ou crenças (ateus e agnósticos);
- É bem provável que todos os pacientes tenham demandas não identificadas de cunho espiritual/religioso;
- É importante se trabalhar a dimensão espiritual da pessoa com câncer, porém os profissionais não sabem por onde começar essa abordagem.

A atividade 3 procedeu com a divisão do grupo em três subgrupos (diferentes da atividade anterior), com o seguinte tema disparador: A espiritualidade e religiosidade em minha assistência acontece através das seguintes ações...

Nessa atividade, as participantes utilizaram maior tempo, ficaram em silêncio, pensativos, denotando a dificuldade em mencionar os cuidados na prática. A construção de tópicos nessa atividade corrobora com a metodologia de Paulo Freire quando defende a precisão de se dá um grande salto para o uso do diálogo no processo educativo, sendo fundamental o educador realizar atividades que ensinem o educando a falar, a se expressar e a opinar (FREIRE, 2,13). Quando a pesquisadora estabeleceu o diálogo com as participantes, ela instigou a reflexão crítica e possibilitou a construção do relacionamento colaborativo.

Os mapas construídos nessa atividade podem ser conferidos na **figura 4** a seguir:

Figura 4 – Mapa Falante. Atividade 3. Salvador, Bahia, Brasil, 2022



Fonte: Participantes do estudo, 2022.

Ao final, houve a discussão em grupo, mediada pela pesquisadora, com a construção das seguintes considerações:

- Existem facilidades e dificuldades para ofertar o cuidado à dimensão espiritual da pessoa com câncer;
- As dificuldades são mais presentes que as facilidades, como: não saber por onde identificar as demandas, o dimensionamento de pessoal na escala, a carga de trabalho diário, despreparo profissional, ausência de espiritualidade no profissional, medo do desconhecido;
- Não há cuidados conhecidos e claros sobre os problemas de enfermagem, ou possíveis problemas nesse contexto;
- É preciso respeitar as crenças das pessoas, não praticando intolerância religiosa, visto que o medo de estar sendo invasivo ao falar sobre a religião existe entre profissionais;
- A equipe de enfermagem delimita esse cuidado, à medida que incentiva a pessoa hospitalizada a se apegar a Deus, quando sabem da sua religião;
- A equipe não reconhece esse cuidado na prescrição de enfermagem;
- Embora não haja cuidados específicos à dimensão espiritual no PE, a equipe de enfermagem fala à pessoa com câncer sobre fé, esperança, confiança e pensamentos positivos.

Conforme Barbier (2002, p.119), “toda pesquisa-ação é singular e define-se por uma situação precisa concernente a um lugar, a pessoas, a um tempo, a práticas e valores sociais e à esperança de uma mudança possível”. Sendo assim, almejando descrever e esclarecer a realidade em que os problemas seriam definidos pelas participantes, realizou-se as discussões e relato de vivências, objetivando verificar os conhecimentos e práticas prévias.

Através do método de coleta das informações possibilitou a compreensão da equipe de enfermagem sobre a dimensão espiritual na realidade da assistência. Houve momentos de expressão de tristeza, ao citar alguns relatos de pessoas hospitalizadas, mas houve, também, momentos de risos, descobertas, mudanças de conceitos, e construção.

Facilidades e dificuldades foram descritas pelas participantes, o que foi um dado importante para planejar as ações nas oficinas educativas, na qual foi preciso lançar mão do amor, coragem e esperança sustentada no diálogo, na discussão, no debate. Para Freire, é preciso que seja conferido ao homem o direito de dizer sua palavra, o que significa sua iniciação quanto a compreender-se e aos demais, homens no mundo, e seu papel no processo de

transformação. Para isso, é preciso o olhar para os saberes dos homens e mulheres, já que não ignoramos tudo, da mesma forma que não dominamos tudo. Cabe a nós a compreensão de que é necessário o processo de participação de todos, do local onde se vivem, produzem, criam e sonham.

Por fim, o mapa falante proporcionou momentos de produção de informações que foram disponibilizadas de forma dinâmica e dialógica, a partir de uma base cartográfica que permitiu a visualização dos fenômenos. Com a discussão dos achados entre mediador e participantes, obteve-se importante troca de saberes e os objetivos propostos foram alcançados de maneira satisfatória.

### **6.2.2 Planejamento e implementação das ações educativas**

Nesta fase, foi possível realizar o compartilhamento situacional de problemas levantados na fase diagnóstica, com a definição dos temas e das ações a serem implementadas por meio das oficinas educativas. Assim, foi realizado o diagnóstico situacional coletivo e o planejamento das intervenções pautado em atividades, para que os diagnósticos da NANDA-II e cuidados de enfermagem acerca da dimensão espiritual fossem implementados por meio do PE. Para isso, ao final do mapa falante, foi questionado às participantes sobre o que poderia ser feito e o que elas achavam sobre a inserção de cuidados na prescrição de enfermagem voltados à dimensão espiritual, e se isso facilitaria a aplicabilidade do cuidado na prática. Tal proposta foi acolhida e avaliada positivamente pelos envolvidos. Assim, construímos uma proposta para intervenção com abordagens práticas, a fim de atingir o objetivo geral do estudo.

Ainda na fase de planejamento, foi lançada a seguinte pergunta: o que é possível planejar e fazer para que a atenção a dimensão espiritual da pessoa com câncer aconteça na rotina dos profissionais da enfermagem? Após o debate e construção grupal, ficou evidente a necessidade de se trabalhar desde o histórico de enfermagem até a evolução, inserindo as anotações e a passagem de plantão, objetivando tornar a prática do cuidado espiritual sistematizada em rotina na assistência de enfermagem.

O **quadro 2** abaixo descreve as ações programadas e validadas pelas participantes, que possibilitaram as oficinas educativas, decorrente da busca da mudança da realidade a partir da ação-reflexão e conscientização crítica das participantes:

**Quadro 2** – Atividades programadas para a fase de implementação da pesquisa-ação. Salvador, Bahia, Brasil, 2022

<b>ATIVIDADE PROPOSTA</b>	<b>TEMÁTICAS ABORDADAS COM ATIVIDADES PRÁTICAS ACERCA DA DIMENSÃO ESPIRITUAL</b>	<b>PARTICIPANTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina educativa 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Enfermagem</li> <li>• Teoria de Wanda Horta</li> <li>• Histórico de Enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de Enfermagem</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina educativa 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnósticos de Enfermagem – NANDA-II</li> <li>• Resultados esperados – NOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiras</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina educativa 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados e Prescrição de Enfermagem – NIC</li> <li>• Evolução e anotação de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de Enfermagem</li> </ul>

Fonte: Pesquisadora e participantes do estudo, 2022.

As propostas das ações educativas envolveram a realização de oficinas visando à reinvenção, à valorização do saber prévio das participantes, com o objetivo principal de contribuir com reconhecimento do problema a ser solucionado, com conscientização e transformação da realidade. Nesse momento, foi preciso planejar discussões com temas geradores que fossem de interesse ou que provém da realidade sentida pelas participantes, para não se correr o risco de provocar o silêncio e o “indiferentismo” durante as oficinas, quando o investigador toma outros rumos que não o da realidade sentida, o que poderia fazer com que a equipe de enfermagem não se identificasse e a reflexão e transformação não acontecessem.

Na fase de intervenção emergiram temas relacionados a anamnese espiritual, registro de enfermagem, preenchimento consciente do HE, des(conhecimento) e aplicabilidade dos DE e cuidados para apoio e estímulo ao binômio espiritualidade/religiosidade da pessoa com câncer. À medida que as oficinas aconteciam, novas idéias, sugestões, conhecimentos e habilidades foram construídos nos moldes da educação libertadora, gerando o elenco de DE e cuidados factíveis para a prescrição de enfermagem.

O uso de tecnologias ativas foram estratégias educacionais utilizadas nas atividades em grupo, com uso de métodos e dinâmicas tais como jogos e oficinas, que valorizam a escuta e o interesse dos envolvidos, considerados de baixo custo e maior acessibilidade, caracterizando-se como tecnologias leves que podem ser facilmente aplicadas com a aceitação do grupo (CARDOSO et al, 2018; OLYMPIO; ALVIM, 2018). No estudo, as tecnologias leves e métodos ativos foram imprescindíveis para o envolvimento do grupo, superação da timidez, despertar da motivação e engajamento.

Com o levantamento de informações, a partir da vivência e convivência com o objeto de investigação do estudo, abre o espaço para o diálogo inicial e planejamento sobre o que se



pretende abordar ou transformar, o que é prioridade ou não, o que será viável e o que se aproxima da realidade da equipe de enfermagem. Assim, o diálogo iniciou com uma aproximação do problema de investigação, na busca da sua compreensão para a realização do diagnóstico situacional.

Freire (2017, p. 141) afirma que só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, esperança e fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí existe comunicação.

Através do diálogo estabelecido na fase inicial da pesquisa, as participantes mostraram-se abertas para o novo, o que possibilitou vivenciar experiências de transformação. Para Freire (2017), só é possível uma verdadeira educação através do diálogo, e que um programa educativo não deve ser realizado somente por um dos pólos interessados (FREIRE, 2013).

A seguir, apresento as descrição e análise das oficinas, que fizeram parte da fase da implementação, contemplando aos objetivos específicos 2, 3 e 4 do estudo.

### **Oficina 1 - Os problemas de enfermagem relacionados à dimensão espiritual e o Histórico de Enfermagem**

A oficina 1, intitulada “Os problemas de enfermagem relacionados à dimensão espiritual e o Histórico de Enfermagem”, foi realizada no início de setembro de 2022 e objetivou: Ampliar o conhecimento sobre a temática, em uma construção coletiva; construir conteúdos relevantes à dimensão espiritual da pessoa com câncer, através da identificação de problemas de enfermagem sobre a temática; Discutir os problemas de enfermagem que podem ser identificados no preenchimento do HE do hospital.

A oficina durou, em média, duas horas e meia, e contou com a participação de 16 profissionais, sendo seis enfermeiras assistenciais, uma enfermeira de referência e nove técnicas de enfermagem. Inicialmente, a pesquisadora desejou boas-vindas ao grupo e apresentou os objetivos supracitados, seguindo o roteiro proposto (APÊNDICE X). Em seguida, foi projetada em tela uma entrevista com um profissional de oncologia sobre conceitos, efeito da dimensão espiritual na vida da pessoa com câncer e as evidências científicas sobre os benefícios e possíveis interferências da espiritualidade e religiosidade. A projeção audiovisual teve por finalidade gerar mais reflexões e construções, resgatando a fase diagnóstica da PA, em que foi aplicado o mapa-falante, possibilitando que os profissionais de enfermagem que não estiveram presentes pudessem participar do aprendizado coletivo anterior.

Dando seguimento, o grupo foi dividido em 3 subgrupos, com a distribuição de um estudo de caso fictício, de autoria da pesquisadora (APENDICE Z), com a seguinte questão: Leia atentamente o caso clínico e identifique os problemas de enfermagem relacionados à dimensão espiritual da pessoa em questão. Alguns perguntaram se os problemas eram problemas existentes na unidade, daí, a pergunta foi lançada ao grupo: o que são problemas de enfermagem? Nesse momento, houve uma breve pausa, e as participantes comentaram serem problemas que merecem a atenção da enfermagem.

O caso clínico foi exposto e cada subgrupo apresentou seus apontamentos; dentre os problemas estavam: católica praticante e afastada de suas atividades religiosas, ausência de participação no grupo da igreja, ausência da realização da atividade manual (crochê), desejo de receber visita do líder religioso, medo da morte, solidão e tristeza. Muitos foram os comentários como: “se eu me deparar com uma evolução dessa, acharei estranho”, “nunca vi ninguém anotar isso”, “a gente aqui só anota algo parecido tipo: choroso, ansioso, agressivo, febril, neutropênico, taquicárdico...”, “não fazemos anotações e nem evoluções assim”, “me senti nesse caso, eu estaria arrasada, me projetei aí”.

Durante a discussão, foi preciso organizar a ordem de falas, pois a atividade motivou intensamente as participantes. A pesquisadora mediou à discussão e ficou acordado que os problemas podem ser de risco, reais ou de promoção à saúde, com alguns exemplos. Foi um momento de muita interação com os exemplos práticos citados.

A tarde seguiu com a apresentação do HE utilizado pelo hospital. Esse instrumento foi desenvolvido pela comissão da SAE e PE, ancorado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. Foi necessário abordar essa teoria com as participantes para conhecimento prévio, que abrange as necessidades: psicossocial, psicoespiritual e psicobiológica (ANEXO III). Nas necessidades psicoespirituais do HE utilizado, há o quesito religiosidade e espiritualidade com as seguintes perguntas: religião? Conduta terapêutica compatível com a crença? Gostaria de receber visita do representante religioso? No processo de problematização, o grupo sugeriu a inserção de mais uma questão: Com base na sua crença, quais atividades motivam a sua vida?

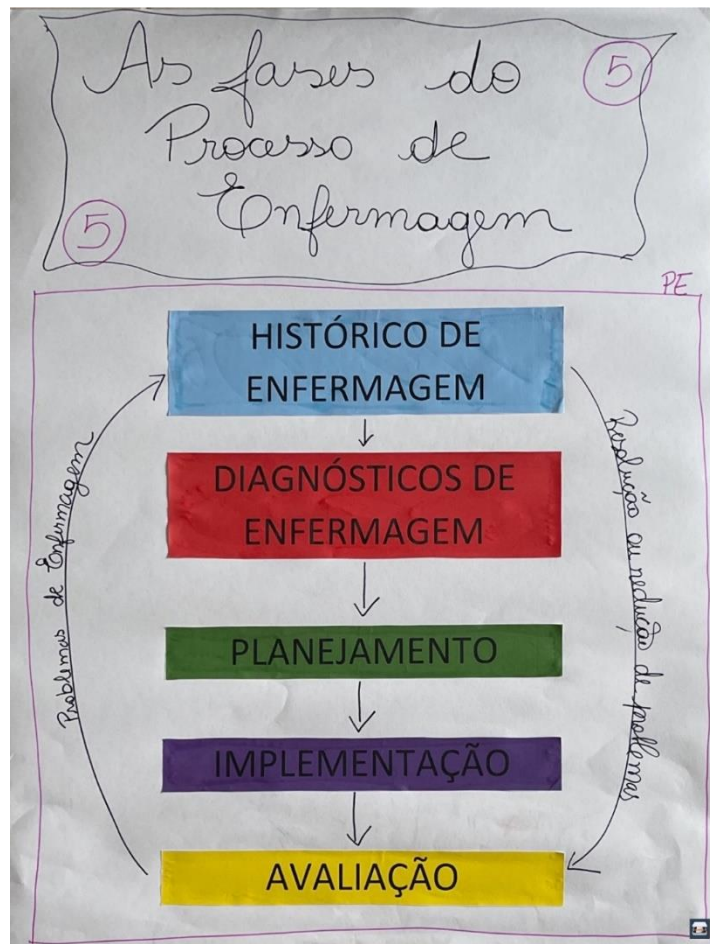
Ao problematizar sobre as necessidades psicoespirituais no HE, muitas enfermeiras comentaram que não preenchem porque não se sentem à vontade em perguntar, e quando preenchem, se deve a questão do cuidado com pessoas da religião testemunha de Jeová, que não aceitam hemocomponentes. Nesse tocante, construímos estratégias de como questionar, como identificar e qual a importância dessa identificação, para que os cuidados fossem implementados. Foi percebido, também pelas participantes, que algumas pontuações do tópico

psicossocial do HE da instituição são sinalizadores de DE e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual, como no tópico Comportamento, onde marca-se: Calmo, Passivo, Ansioso, Depressivo, Negação, Agressivo, Triste, Alegre, Pesar, Adaptado, Esperançoso, Colaborativo, Indiferença, Revolta e Barganha.

Houve uma pausa para o *coffee breake* e seguiu-se com a última atividade em subgrupos, com a proposta de que as participantes montassem a sequência do PE. Foram dispostas fichas em papéis coloridos no centro da roda de conversa com os nomes “Histórico de Enfermagem”, “Diagnósticos de Enfermagem”, “Planejamento”, “Implementação” e “Avaliação”, para que a sequência das fases fosse montada e colada em uma cartolina. Houve dificuldade na organização da sequência do PE por um subgrupo, ficando a avaliação seguida dos DE. Assim, foi necessária a mediação da pesquisadora, com explanação sobre a sequência das fases, recorrentes, interdependentes e interrelacionadas.

A **figura 5** abaixo representa a construção coletiva e mediada.

**Figura 5** – Fases do Processo de Enfermagem. Salvador. Bahia. Brasil.2022



Fonte: Participantes do estudo, 2022.

Embora o objetivo da oficina estivesse direcionado a problemas e HE, e estes sejam privativos da enfermeira, houve a participação das técnicas de enfermagem, por considerar que muitos problemas são sinalizados por eles nas ações de cuidado diário, bem como levantadas na passagem de plantão. O trabalho com a equipe de enfermagem visou a transformação na busca de implementar cuidados à dimensão espiritual, esclarecendo a esses profissionais que a prescrição de enfermagem provém de uma sequência de etapas interligadas e de um raciocínio lógico e crítico.

Houve sugestões sobre tópicos que podem agregar a anamnese espiritual, que foram encaminhadas à Gerência de Atenção à Saúde e dialogado com o profissional responsável pela SAE e PE hospitalar, sendo consideradas positivas, visto que o HE se encontrava em teste (impresso). Ao final do estudo, o HE foi inserido no sistema AGHU, sendo as sugestões discutidas pelo Grupo de Trabalho (GT) – Processo de Enfermagem Institucional.

Consequente, a pesquisadora recapitulou os problemas de enfermagem identificados no caso clínico e questões sobre o preenchimento do HE no tópico necessidades psicoespirituais, que foram discutidos ao longo do encontro. E assim, foi construído, na coletividade, os possíveis problemas relacionados à dimensão espiritual que podem ser identificados na unidade, e o local onde devem ser registrados pela equipe de enfermagem, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 3** – Possíveis problemas de enfermagem selecionados pelas participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

<b>POSSÍVEIS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM</b>	<b>ONDE PREENCHER E/OU SINALIZAR</b>
Religião	Histórico de enfermagem
Distância da prática de atividades religiosas	Histórico de enfermagem
Conduta terapêutica incompatível com a crença	Histórico de enfermagem e Evolução em prontuário
Medo da morte, sofrimento e culpa	Histórico de enfermagem, Evolução em prontuário, Passagem de plantão e Anotação em prontuário
Desejo de receber visita do líder religioso	Histórico de enfermagem
Solidão, tristeza	Histórico de enfermagem, Evolução em prontuário, Passagem de plantão e Anotação em prontuário
Discurso de desesperança	Histórico de enfermagem, Passagem de plantão e Anotação em prontuário
Afastamento dos afetos	Histórico de enfermagem e Passagem de plantão
<b>SUGESTÕES DE TÓPICOS A SEREM ACRESCENTADOS NO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (comissão hospitalar SAE/PE)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodicidade da prática religiosa _____</li> <li>• Possui adereços relacionados à crença? ( ) sim ( ) não               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sim, podem ser retirados, em caso de necessidade? ( ) sim ( ) não</li> </ul> </li> </ul>	

Fonte: Participantes do estudo, 2022.

Ao final foi distribuído um impresso para avaliação do aproveitamento da oficina, sem identificação das participantes, com muitos relatos positivos de contribuição com o fazer na prática, que despertou para o não realizado no PE, e que a oficina ampliou a visão de como fazer a identificação das necessidades espirituais da pessoa com câncer. Houve um relato sobre o medo de agregar mais trabalho a ser realizado na assistência, visto que a questão burocrática a ser preenchida pode dificultar essa atenção, remetendo a dificuldade com as demandas citadas na fase diagnóstica da PA.

Ainda como avaliação em questão, ao final da segunda oficina fui abordada por uma enfermeira a seguinte colocação: “lembrei de você esses dias quando fui preencher o HE. Eu não preenchia a questão espiritual, mas dessa vez o fiz”. Tal afirmação me encheu de ânimo e certeza sobre a tese de partida que eu buscava defender.

## **Oficina 2 - Conhecendo os DE da NANDA-II, a NOC, sua aplicabilidade no Processo de Enfermagem**

A segunda oficina, intitulada “Conhecendo os DE da NANDA-II, a NOC, sua aplicabilidade no Processo de Enfermagem”, foi realizada ao final de setembro de 2022 e objetivou: Conhecer os DE da NANDA-II e sua aplicabilidade; Identificar possíveis DE à dimensão espiritual, utilizando problemas de enfermagem dos casos clínicos utilizados na oficina n. 01; Conhecer a NOC e seu direcionamento para o cuidado.

Aconteceu em uma sala reservada do hospital, durando em média duas horas, e contou com a participação de oito enfermeiras. Seguindo um roteiro específico, a pesquisadora iniciou as atividades dando boas-vindas ao grupo e apresentando os objetivos da oficina. Em seguida, foi projetado um vídeo interativo sobre o PE, a fim de resgatar o que foi construído na oficina anterior. Houve construções relevantes e muitas participantes comentaram, com muita surpresa, não terem o conhecimento de que as fases feitas por eles é o PE, o que chamam de SAE, verbalizando “eu não faço isso na SAE dos pacientes” ou “fazemos a SAE de tal paciente”.

Após a discussão e apreensão dos conhecimentos incitados pelo vídeo, partiu-se para a próxima atividade, com a apresentação da NANDA-II e NOC, na qual se abordou a aplicabilidade deles no PE. As participantes comentaram estarem impressionados com as possibilidades da NANDA-II no contexto oncológico, visto que há um trecho do livro sobre diagnósticos indicados em oncologia, e neste, o apoio espiritual é parte do cuidado indicado. Nesse momento, a pesquisadora abordou o novo consenso da Sociedade Brasileira de

Oncologia Clínica, que trata o cuidado espiritual como fator que vem ganhando destaque e relevância na vida das pessoas com câncer.

Dando seguimento, foi realizada a atividade associações de diagnósticos da NANDA-II aos problemas de enfermagem identificados no caso clínico da oficina anterior acerca da dimensão espiritual, assim, o caso foi novamente distribuído. Foi uma atividade de muito engajamento entre as participantes, onde puderam identificar não somente os DE, mas os conceitos, características definidoras e fatores relacionados. Houve dúvidas se cada problema deveria ter apenas um diagnóstico, o que foi esclarecido que não, e assim, a atividade foi fluindo e logo as participantes estavam identificando com facilidade os DE aos problemas.

Houve muitos questionamentos, e as participantes identificaram que alguns diagnósticos que não possuíam o nome “espiritual” ou “religiosidade” podem ser utilizados nesse contexto, como: manutenção ineficaz da saúde (quando há sofrimento espiritual), desesperança, conflito de decisão (quando a crença vai contra cuidados de saúde), ansiedade relacionada à morte. Para além, a oficina possibilitou trabalhar com os demais diagnósticos relacionados ao risco, problema real e promoção da saúde espiritual, dispostos dos domínios 6, 9 e 10 da NANDA-II (NANDA, 2021). Saliento que inicialmente trabalharíamos os diagnósticos do domínio 10 – Princípios da vida, porém, desbravando a NANDA-II, as participantes pontuaram diagnósticos dos demais domínios como importantes para o cuidado espiritual.

Passada essa atividade, seguiu-se com a discussão sobre a NOC, com vistas a entender o resultado que se busca ao fazer um julgamento com os DE, com a recapitulação dos diagnósticos relevantes e factíveis para a unidade. Com a discussão, houve falas sobre a relevância de se conhecer esses diagnósticos e a NOC, e uma enfermeira comentou ter ficado um pouco triste, por saber que há tanto o que se usar na NANDA-II, NOC, e não se faz na prática, alegando ser preciso mais informações sobre eles nas unidades hospitalares.

Essa atividade se mostrou como um momento de intensa construção e descoberta, visto que havia o desconhecimento dos diagnósticos trabalhados e pela fluidez que a atividade se desenvolveu. As participantes relataram o quão será interessante dispor esses diagnósticos em prontuário eletrônico do hospital, ficando, assim, mais fácil de utilizá-los ao identificar dentre as opções.

A discussão e a atividade se deram com consulta à NANDA-II, observação ao domínio e classe dos diagnósticos, e foi construído um quadro de proposta sobre os DE viáveis de serem implementados no PE na unidade:

**Quadro 4** - Diagnósticos de Enfermagem selecionados pelas participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA-II</b>
Desesperança (Domínio 6, classe 1)
Disposição para esperança melhorada (Domínio 6, classe 1)
Enfrentamento ineficaz (Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse, classe 2)
Disposição para enfrentamento melhorado (Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse, classe 2)
Ansiedade relacionada à morte (Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse, classe 2)
Disposição para bem-estar espiritual melhorado (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 2)
Religiosidade prejudicada (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 3)
Risco para religiosidade prejudicada (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 3)
Disposição para religiosidade melhorada (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 3)
Sofrimento espiritual (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 3)
Risco de sofrimento espiritual (Domínio 10 – Princípios da vida, classe 3)

Fonte: NANDA-II, 2021.

Assim, trabalhar os DE se deu pela necessidade do processo educacional, que possibilitasse às participantes saírem de um estado ingênuo e submisso (oprimido) a outro crítico e libertador, havendo no grupo uma condição interna que impulsionou para o vir-a-ser mais, a se modificar e transformar-se, em benefício à pessoa que está sob cuidado, e assim, ao coletivo. Para Freire (2015), o educador tem muito o que fazer, sem que existam fórmulas prescritivas para seu que fazer, pois que deve descobri-lo e descobrir como fazê-lo nas condições concretas históricas em que se encontra.

Ao final da oficina, foi feita a avaliação e servido o lanche. A pesquisadora agradeceu a presença, reafirmou o compromisso da pesquisa com o cuidado à dimensão espiritual da pessoa com câncer, sendo as participantes os agentes dessa mudança. Para facilitar e incentivar a consulta, foi disponibilizado um livro NANDA-II, que ficará permanente na unidade.

### **Oficina 3 - Planejando cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer**

A oficina 3, intitulada “Planejando cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer”, aconteceu em outubro de 2022, e objetivou: Conhecer os cuidados de enfermagem, pontuados pelas participantes; Ampliar os conhecimentos sobre os possíveis cuidados à dimensão espiritual; Levantar, junto ao grupo, a proposta de implementação dos diagnósticos discutidos na **oficina 02** em conexão aos cuidados de enfermagem que são viáveis de serem realizados e/ou estimulados na prática diária, por meio do PE.

A oficina durou em média três horas e meia e contou com a participação de oito enfermeiras e seis técnicas de enfermagem. A mediadora iniciou as atividades dando boas-vindas, apresentou os objetivos da oficina ao grupo e recapitulou os diagnósticos selecionados na última oficina, informando que tais DE já se encontram presentes no sistema de prontuário eletrônico do hospital.

Para surpresa, uma enfermeira comentou que tinha notado no sistema e fez uso de alguns DE, com o seguinte discurso: “Eu já usei alguns diagnósticos e a colega do dia seguinte notou e me deu a devolutiva, inclusive quem não está participando do estudo, também, perguntou”. Para além, técnicas de enfermagem relataram experiências pós início da pesquisa, em que puderam identificar demandas relacionadas à espiritual de pessoas cuidadas, acessando, assim, conhecimentos construídos em nossas oficinas educativas para acolhimento de tal demanda.

O grupo foi dividido em subgrupos, para facilitar a discussão minuciosa, e realizou a leitura de um editorial sobre a temática, intitulado: Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. Posteriormente, abriu-se a discussão em grupo maior a partir da dinâmica “Onde a música parar, um cuidado de enfermagem você pode falar”, em que uma caixa contendo alguns cuidados de enfermagem passava por cada participante no decorrer de uma música, e onde a música parasse, o participante deveria ler um cuidado retirado da caixa e comentar sobre esse cuidado e de que forma ele faria a prestação deste. Com isso, foi possível refletir e criar estratégias para a prática dessas ações e utilizar esses cuidados como produto da oficina.

Dando seguimento, houve um intervalo para o lanche e socialização do grupo. Passado esse momento, o grupo retornou em roda de conversa e a mediadora distribuiu caso clínico das oficinas 1 e 2 em algumas vias, retomando os problemas e DE ressaltados na construção coletiva, para que as participantes especificassem os cuidados de enfermagem individualizados, dando continuidade as fases do PE.

A mediadora expos sobre objetivo da NIC, a organização por domínios e por áreas da enfermagem, identificando que os cuidados à dimensão espiritual, em sua maioria, encontram-



se no domínio comportamental. Durante a construção dos cuidados de enfermagem, foi notado que o apoio espiritual é um tópico listado na NIC nos cuidados indicados para a Enfermagem Oncológica. Assim, utilizou-se a NIC para norteio dos cuidados viáveis para o grupo, que foram ajustados e planejados coletivamente, de acordo a realidade hospitalar. O **quadro 5** abaixo destaca os cuidados de enfermagem construídos pelo grupo:

**Quadro 5**– Cuidados de Enfermagem elencados pelas participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM A SEREM CODIFICADOS NO SISTEMA</b>
Incentivar a leitura de textos religiosos relacionados à crença da pessoa
Estimular orações, preces ou rezas de costume
Estimular escuta ou canto de música da preferência, que remeta a sentimentos de paz
Estimular a solidariedade com as pessoas nos leitos vizinhos, familiares e afins
Solicitar encontro com líderes religiosos, se possível, estimular a realização de ligações telefônicas para este.
Ouvir o paciente sobre seus medos, anseios e preocupações de maneira atenta e qualificada
Usar comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidado empático
Estimular a esperança à pessoa, com palavras de força para o enfrentamento e para a qualidade de vida
Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros
Incentivar a participação em grupos de apoio
Proporcionar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais
Ensinar métodos de meditação, relaxamento e imaginação guiada
Proporcionar oportunidade para discussão de vários sistemas de crenças e visão de mundo
Orar, rezar e emitir palavras junto ao paciente relacionadas à sua crença
Estimular a pessoa para a leitura, programas de rádio ou televisão que se relacionem a sua crença
Encorajar o uso de artigos espirituais e religiosos de preferências individuais
Estar receptivo para que expresse os sentimentos sobre a doença e a morte
Identificar as preocupações quando a crença não aceita a terapêutica indicada
Auxiliar com as modificações das práticas e rituais religiosos para atingir a necessidade espiritual
Auxiliar a determinar metas a curto e longo prazo (esperança)

Encorajar para o resgate sobre o que dá sentido à sua vida e ressignificar o presente
Compreender as perspectivas da pessoa sobre os sentimentos de sofrimento, culpa e morte
Facilitar que o paciente viva e experimente realizações passadas
Reconhecer o valor interno da pessoa, mostrando-a que ela está além do adoecimento físico

Fonte: Participantes do estudo, 2022.

Os cuidados acima foram expostos em papel metro, e as participantes comentaram em tons de admiração sobre o desconhecimento de várias possibilidades de cuidado; e, que após a construção notaram o quanto é exequível desenvolver cuidados à dimensão espiritual de maneira sequencial, lógica e envolvida.

Ao final, foi feita a avaliação da oficina. As participantes refletiram que o cuidado à dimensão espiritual acontecia de maneira informal e não sistematizada. Para Freire (2013), o que partiu da consciência problematizador volta-se para a realização do propósito maior da educação, que é preparar o ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem, no caso, à pessoa com câncer. Ou seja, na prática da conscientização, participantes, inicialmente, fizeram uma aproximação espontânea (posição ingênua) da sua situação concreta (realidade). Ao ultrapassar isto, chegaram a experienciar, apreender e desvelar essa realidade, através de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetrando no fenômeno e analisando-o (FREIRE, 2018).

A pesquisadora agradeceu a presença das participantes, afirmando que os cuidados de enfermagem seriam parametrizados no sistema de prontuário eletrônico hospitalar, e que, conforme sugestão da equipe, a mediadora iria solicitar ao Setor de Educação Permanente do Hospital Universitário uma forma de divulgar e proporcionar tais construções as demais unidades de internação, sendo prontamente aceito pelo responsável, visto que alguns dias no mês acontecem encontros multiprofissionais, para que o cuidado a dimensão espiritual fosse implementado, através do PE na prática da equipe de enfermagem. Como auxílio, foi disponibilizado um livro NIC que ficará permanente na unidade.

Vale destacar que, em visitas que antecederam a oficina de avaliação final da PA, fui surpreendida por enfermeiras, que entusiasmadas relataram a seleção desses cuidados nas prescrições de enfermagem diárias, anotações e evoluções sobre aspectos da dimensão. Houve, também, relatos de que as técnicas de enfermagem verbalizavam quando notavam a presença desses cuidados nas prescrições, fazendo menção ao estudo.

As **figuras 6 e 7** abaixo mostram a forma que os DE e cuidados de enfermagem foram parametrizados no sistema eletrônico:

**Figura 6** – Diagnósticos de enfermagem inseridos no prontuário eletrônico. Salvador, Bahia Brasil, 2022.

The screenshot shows the AGHU system interface. At the top, there is a search bar with a 'Pesquisar' button. Below it, there are two filter boxes: 'Grupo' with '3 PSICOESPIRITUAIS' and 'Subgrupo' with '1 COERÊNCIA ENTRE VALORES CRENÇAS ATOS'. Below the filters are buttons for 'Pesquisar', 'Limpar', and 'Novo'. The main part of the interface is a table with the following columns: 'Ações', 'Código', 'Descrição', 'Definição', and 'Situação'. The table contains four rows of data. At the bottom, there is a pagination bar showing '1' and '10' in a dropdown menu, and the text 'Exibindo: 1 - 4 de 4 Registros'.

Ações	Código	Descrição	Definição	Situação
	4	SOFRIMENTO ESPIRITUAL	ESTADO DE SOFRIMENTO RELACIONADO	Ativo
	5	RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL	SUSCETIBILIDADE A UM ESTADO DE SOF	Ativo
	6	RELIGIOSIDADE PREJUDICADA	CAPACIDADE PREJUDICADA DE CONFIAN	Ativo
	7	RISCO PARA RELIGIOSIDADE PREJUDIC	SUSCETIBILIDADE À CAPACIDADE PREJI	Ativo

Fonte: Sistema AGHU.

**Figura 7** – Cuidados de enfermagem inseridos no prontuário eletrônico. Salvador, Bahia Brasil, 2022.

Código AGHU	Cuidado
1776	Incentivar a leitura de textos religiosos relacionados à crença da pessoa
1777	Estimular orações, preces ou rezas de costume
1778	Estimular escuta ou canto de música da preferência, que remeta a sentimentos de paz
1780	Estimular a solidariedade com as pessoas nos leitos vizinhos, familiares e afins
1782	Solicitar encontro com líderes religiosos, se possível realizar ligações para este.
1783	Ouvir o paciente sobre seus medos, anseios e preocupações de maneira atenta e qualificada
1779	Usar comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidado empático

Fonte: Sistema AGHU, 2022.

### 6.2.3 Avaliação da ação educativa

A avaliação final da PA aconteceu por meio de visitas na unidade, para diálogo com as participantes sobre o uso dos DE e cuidados na prescrição de enfermagem, identificação destes em alguns prontuários e por meio da oficina Intitulada “Avaliando os resultados da ação

educativa”. Essa oficina seria realizada em janeiro de 2023, porém por motivos de alguns participantes estarem de férias, aconteceu no final de fevereiro. Contou com a participação de dez profissionais de enfermagem, sendo seis enfermeiras (uma enfermeira de referência e cinco enfermeiras assistenciais) e quatro técnicas de enfermagem, com duração média de duas horas.

Este encontro teve como objetivos: Avaliar a contribuição da ação educativa na implementação de DE e cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer; Avaliar a aplicação da implementação no PE e na prática da equipe de enfermagem; Apresentar os resultados e Realizar o fechamento oficial dos encontros presenciais da PA.

Seguindo um roteiro específico, a pesquisadora iniciou as atividades dando boas-vindas e apresentou os objetivos. Posteriormente, aconteceu uma dinâmica com o rolo de barbante, em que formamos (pesquisador e participantes) uma rede, ficando conectados uns aos outros. Ao final da dinâmica, concluiu-se que a problematização e o aprendizado coletivo foram possibilitados pela dialogicidade e motivação para mudar a realidade dominante.

Finalizado este momento, a pesquisadora apresentou as seguintes questões geradoras: “O que significou para você participar da implementação proposta?”; “Você tem percebido mudanças no cotidiano das pessoas com câncer após a aplicação dos DE e cuidados sobre a dimensão espiritual?”; “O que mudou em você após a ação educativa?”. Nesse momento, os discursos foram admiráveis, pois houve relatos de que, após a ação educativa, houve um despertar para a atenção ao cuidado espiritual da pessoa hospitalizada, anteriormente feito de maneira inconsciente. Uma enfermeira relatou a experiência de orar junto a um paciente em cuidados terminais e que, no plantão seguinte, a pessoa foi a óbito; assim, entendeu a sua contribuição nesse tocante. Participantes relataram que comentam na unidade quando identificam os cuidados à dimensão espiritual na prescrição de enfermagem.

Foi um momento de intenso diálogo, reflexão e relatos que enfatizaram o papel da PA nesse estudo, junto aos construtos Freireano. Sequencialmente aconteceu a exposição dialogada, na qual a pesquisadora apresentou os resultados da pesquisa e enfatizou o progresso do cuidado integral na unidade. Assim, para além de gerar transformação no contexto das participantes, espera-se das ações influenciadas por Freire uma atitude revolucionária que surge nos envolvidos, com habilidades pautadas na humanização, empatia e humildade (FREIRE, 2013). Foi possível concluir que se avançou muito após a implementação diante as possibilidades conquistadas na humanização do cuidado.

O ser aprende e ensina com os outros, com a natureza, com o Criador, ou seja, é um ser social, que possui disposição para a integração. Sendo assim, o ser humano é o único ser pedagógico que passa por um processo de constituição durante a sua existência. Diante disso,

a humanização do ser é um processo ontológico e educativo, que possibilitará a constituição individual, cultural, histórica e social. O ser não é estar, por isso tem as condições de passar da consciência ingênua para crítica. Nesse sentido “[...] não estou no mundo, eu sou no mundo [...]” (FREIRE, 2005, p. 53).

Observa-se que a visão ontológica de Freire se aproxima do existencialismo de Heidegger na forma que o ser é visto no mundo, e é com o mundo que ele habita em determinados contextos, com determinadas condições, vividos e relações históricas, capaz de compreender as influências que exerce e sob as quais está vulnerável, reconstituir sentidos e valores de acordo com o tempo e o espaço de seu contexto espaço-temporal (HEIDEGGER, 2015).

Ao término desta oficina, a pesquisadora apresentou as participantes o seguinte trecho de Freire (1989, p. 16) “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”, relacionando com o novo contexto que eles se inseriam. Por fim, a oficina foi finalizada, a pesquisadora agradeceu a presença das participantes ao longo da PA e seguiu-se com momento *coffee-break*.

### 6.3 APRESENTANDO OS TEMAS CONSTRUÍDOS NAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO E A COMPREENSÃO DA AÇÃO EDUCATIVA A LUZ DOS CONSTRUTOS FREIREANO

Após estruturar o fenômeno em códigos e temas, busquei compreender a ação educativa da PA e a essência dos dados com o referencial teórico-filosófico de Paulo Freire, visto que a ancoragem teórica neste autor trata muito mais de uma perspectiva social e filosófica do que meramente metodologias, e há um componente ético e existencial por detrás de conceitos como diálogo, situação-limite, emancipação, libertação.

Freire faz críticas aos processos de opressão na educação e limitação na construção do conhecimento libertador, e quando relaciono com a área da enfermagem, e mais especificamente ao cuidado a dimensão espiritual, também considero esse cenário crítico e revolucionário, em busca de transformações no cuidado.

Na trajetória de transformação revolucionária do cuidado de enfermagem prestado, a ação educativa possibilitou a identificação dos seguintes temas, que foram relacionados aos construtos de Paulo Freire:

## 1 - Conhecimento da equipe de enfermagem sobre espiritualidade, religiosidade e fé

As participantes demonstraram conhecimentos prévios sobre a dimensão espiritual durante a primeira atividade. Para elas, espiritualidade e fé se referem à conexão com o Sagrado, a certeza de nunca estarem sozinhas, e a crença em Deus para conquistar o estado de paz, conforme falas a abaixo:

[...]veio da mente esse pássaro como se fosse uma conexão, um sentido a espiritualidade. Nós nunca estamos sozinhas, sempre temos uma conexão. Religião eu fiz uma bíblia, pois independente da religião, temos um Deus só. Fé é uma conexão entre você e aquilo que você acredita (**E5**).

Tem gente que vai ver a espiritualidade na meditação, na natureza, nas forças cósmicas. Ele vai buscar forças naquilo que ele precisa (**E9**).

A fé é ter certeza de que vai acontecer, mesmo sem ver. É acreditar em algo maior, por mais que esteja passando por algum momento em relação a saúde ou material, sempre tem fé e acredita que algo pode mudar (**TE4**).

Sempre você vai ter fé e o que eu vejo em relação à espiritualidade é que nós seres humanos, somos holísticos e temos a parte espiritual, a parte mental, a parte emocional e acho que sem a espiritualidade somos incompletos (**TE5**).

Então, eu acho que a espiritualidade é a base para tudo. Para ele ter um melhor enfrentamento, se ele tem uma espiritualidade bem aguçada, bem trabalhada, bem desenvolvida, ele vai ter mecanismos emocionais e psicológicos que favorecerão a lidar com o problema. Espiritualidade, eu acho que é tudo, resumindo. É a coluna, é base, é sustentáculo, é essencial. Sem fé não conseguimos ter uma QV satisfatória (**TE6**).

Então a pessoa precisa encontrar algo para completar ela e esse desenho que eu fiz representa esse buraco que a pessoa tem que geralmente é preenchido pela fé e pela espiritualidade (**TE8**).

Eu não acho que é a questão da espiritualidade é defender Deus, porque quando você busca a conexão com ele, você consegue paz (**TE10**).

Os relatos acima evidenciam que a espiritualidade perpassa pela confiança, pela força que impulsiona a seguir confiante e pela espera na providência divina para alcance de determinado objetivo, como relatado por **E6**, **E9**, **TE4** e **TE10**. As **TE5** e **TE6** defendem que somos seres formados não só pela dimensão biológica, mas emocional e espiritual, e juntamente com a **TE8**, afirmam que o acesso a espiritualidade complementa o ser humano na busca da QV. Para **E9**, a espiritualidade pode estar na natureza, na meditação ou em forças que são encontradas por pessoas, e assim, acontece à busca de forças para enfrentar algo.

**E6** afirma que, ao pensar em espiritualidade, remete a lembrança da morte e vidas passadas, denotando que a espiritualidade reflete algo não vivenciado e com alguma relação sobre vida pós-morte, conforme o discurso abaixo:

Quando eu penso em espiritualidade, me vem logo a questão da morte e de vidas passadas, por isso eu desenhei o “fantasminha” para isso (**E6**).

Sobre a religião e religiosidade, as participantes associam aos adereços e instrumentos religiosos e a prática da religião. Afirmaram que é possível a religiosidade intrínseca, uma vez que as orações ocorrem no domicílio, como se observa nas falas a seguir:

O segundo item vem a questão da bíblia e a religião, a igreja, ter uma religião e praticar. Por exemplo, eu falo que sou católica e não frequento muito, mas eu oro em casa. E quando eu penso em fé, eu penso em acreditar e orar sempre por um objetivo (**E6**).

Cada um conhece Deus por um nome, os anjos por um nome, tipo quem é do candomblé, os orixás na religião deles são como anjos para eles e esses anjos têm outros nomes na católica, como outros nomes na evangélica. Agora, assim, nós conseguimos falar de Deus e de crer, porque crer não é religião, é crer no que você acredita independente da religião (**TE6**).

Sabemos que o Brasil é um país laico, e a diversidade religiosa é a amplamente conhecida entre as pessoas, assim, **TE6**, chama a atenção que Deus é conhecido de maneira diferente entre as religiões e entre os seres humanos, e reforça que é possível falar em Deus enquanto força e contemplar todas as crenças, pois defende que Deus é universal e se apresenta por diversas entidades dentro das religiões.

As participantes consideram a necessidade de se ter o respeito ao próximo e às suas crenças, e que é preciso considerar que há pessoas que não acreditam em Deus, ou são agnósticos, e ainda assim possuem a sua espiritualidade na força do pensamento, podendo associar a fazer o bem e melhorar enquanto seres humanos, conforme fala abaixo:

[...] eu não acredito (em Deus). Por isso que eu desenhei um cérebro simulando a mente. Acho que é algo que está dentro de nós tudo isso. Questão de espiritualidade tem aquela coisa de termos que melhorar como seres humanos. Mas nem sempre a espiritualidade está associada com religião, tem uma diferença entre religiosidade e espiritualidade, uma pessoa praticante da religião e uma pessoa que tem pensamentos positivos e prática boas ações. [...] Eu concordo com o que a colega falou sobre o respeito, porque eu não acredito. Por isso que eu coloquei a mente. Acho que é algo que está dentro de nós tudo isso. Questão de espiritualidade tem aquela coisa de termos que melhorar como seres humanos. Acho que mais nesse sentido, a religião ajuda muito (**E1**).

**E1** e **TE3** ampliam a discussão sobre a não necessidade de se ter uma religião, religiosidade, para acesso a espiritualidade:

Mas nem sempre a espiritualidade está associada com religião (**E1**).

E não necessariamente precisa ter religião. Religião é uma coisa e espiritualidade é outra (**TE3**).

Ou não. Tem pessoas que tem a espiritualidade aflorada e não tem religião nenhuma. Ou tem religião, tem uma dúvida dentro de si que não sabe nem para onde vai (**TE8**).

Com a atividade dialogada, foi possível apreender que as participantes conseguem distinguir os conceitos e identificar que tanto a espiritualidade, como a religiosidade e fé são experiências intransferíveis de conexão permanentes com o Sagrado e o Transcendente.

Cabe destacar que o aprendizado e aplicabilidade do mapa falante possibilitou compreender os conceitos trazidos pelas participantes, por não dependeram unicamente do educador, sendo resultado da interação educador-educando e do contexto em que vivem (VIEIRA; SILVA, 2019). Na busca da liberdade decorrente de experiências consideráveis na educação por parte do educando e educador, Freire defende a autonomia como um processo de vir a ser, pois é algo a ser construído, considerando a dinâmica da realidade em todas as suas dimensões, a partir de experiências estimuladoras (FREIRE, 2011a).

As experiências de aprendizagem das participantes possibilitaram conhecimentos diversos, de modo a permitir a tomada de decisão responsável, autônoma, consciente de si, da equipe e do contexto em que se acham.

## **2- A espiritualidade/religiosidade como benefício à pessoa em adoecimento com câncer**

Nesse tema, serão apresentadas compreensões dos desenhos e falas sobre a segunda atividade do mapa falante. A fase inicial da PA foi essencial para ampliar a reflexão crítica da dialogicidade, criação de vínculo e confiança entre pesquisadora e participantes, sendo importante para o diagnóstico prévio sobre o conhecimento das participantes acerca da espiritualidade, religiosidade, fé e cuidado espiritual na realidade vivenciada. Nesta fase, a escuta da equipe de enfermagem foi fundamental para seguir os próximos passos.

Para Freire (2011a), escutar é algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa a disponibilidade permanente, por parte do sujeito que escuta, para a abertura a fala do outro. É escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das idéias.

Nessa atividade, as participantes afirmaram que consideram a dimensão espiritual da pessoa com câncer, em virtude do dia a dia desafiador com o tratamento, distância dos afetos e das suas atividades corriqueiras, e a incerteza do prognóstico. Assim, foram citadas algumas falas, baseadas nas experiências na unidade:

Eu acho que a fé, ter uma religiosidade ajuda na superação, traz uma direção. Querendo ou não, a pessoa sente que não está só. Então, já recebe uma força para vencer, sabe que tem alguém para ajudar, trazer uma esperança, uma luz. Acredito que é essencial (E2).



Percebo aqui que a doença aproxima a pessoa da espiritualidade e de Deus. A pessoa começa a ter um relacionamento de intimidade, de busca, que às vezes nem tinha **(E3)**.

Então, eu acho que se você não tiver em que se apegar, pode terminar afundando cada vez mais. [...] Tem gente que entra em depressão por não acreditar mais em nada, deprime mais ainda. Uma pessoa com humor, com fé, com esperança torna o tratamento mais leve, brando, porque tem em que se apegar. Porque se não tiver em que se apegar, está na mão dos homens acho que não é 100% seguro. Esse relógio que eu desenhei é por conta do tratamento que é muito longo, geralmente com duração de oito meses segundo o protocolo; tem a questão da distância dos familiares, eles sentem muito isso; e o desespero de ficar muito tempo afastado e não saber se vão ser curados ou não. Então, acho que isso pesa muito, tem que acreditar em algo para seguir em frente **(E4)**.

A espiritualidade e religiosidade norteia uma melhor reação, uma melhor aceitação, vai motivar o enfrentamento do processo, porque quando você não tem uma base espiritual tudo fica mais complicado **(E7)**.

As participantes acreditam que a dimensão espiritual demarca um papel importante no enfrentamento da doença e que é preciso acreditar em algo além do palpável, para que a pessoa com câncer possa seguir a diante.

Quando questionadas sobre as situações em que observam a importância da temática, mencionaram o sofrimento e a culpa que a pessoa com câncer desenvolve em algum momento da doença. Ter a consciência do câncer como realidade que não pode ser modificada é um processo que traz impacto, dúvidas, questionamentos e reflexões, como referidas nas falas abaixo:

Acho que pela experiência aqui, os pacientes que têm uma fé, eles transitam melhor até pela questão da aceitação, do conforto. Percebemos pelo discurso um tom de menos revolta, de mais colaboração. Existe realmente uma resiliência que é desenvolvida neles a partir da expressão da fé, de realmente se apoiar na fé nesses momentos difíceis **(E3)**.

Ela (a paciente) começou a se questionar, o que foi que ela fez, o porquê de ela estar passando por isso, se ela era uma pessoa e sempre procurou ajudar as pessoas e até hoje ela faz doação. Então abalou ela nesse sentindo, sobre essa questão do “por que comigo se eu sempre fui uma pessoa boa?” E tantas outras pessoas aqui que enfraquecem **(E9)**.

Tem paciente que chega aqui bem ríspido, devido a essa situação terminam achando que eles são os culpados por ele estar passando por aquele momento. E eu acredito que a espiritualidade pode ajudar a ele a entender que aquilo que está acontecendo não é sua culpa e trazer um bem-estar para ele. E vemos que todo mundo quando está doente aqui pergunta a Deus o porquê está em uma situação dessa. Sinto muito quando vejo paciente urrar de dor e não poder fazer nada. Aqui são muitas situações desafiadoras (Apresentou choro) **(TE4)**. Você vê pegar o cabelo e colocar o cabelo no saco. Elas chegam com cada cabelo lindo aqui. Só a fé mesmo para sustentar. Cai tudo, cai todo e elas ficam agressivas, quando vamos falar com elas, elas estão de mal humor e nos maltrata. É muito choro e muito sofrimento viu! **(TE5)**.

Uma paciente aqui foi a óbito, quando íamos visitar ela dizia: “Gente, eu quero morrer, eu vou para um lugar onde não tem sofrimento. Vocês não vão precisar me furar” (E5).

Tem uma paciente aqui muito católica, que só vivia orando e ultimamente está bem rebaixada, só fica na varanda e tenho percebido que ela não tem orado mais. Quando não tinha tela no hospital, um paciente queria se jogar (TE11).

Questionamentos sobre o “merecimento” de estar com câncer são presentes na unidade, em que a pessoa questiona o motivo de estar com uma doença estigmatizante e temida, já que se mostra uma pessoa que faz o bem ao outro. E5 e TE11 desenharam um caixão e algo sombrio durante a atividade, e relataram que há pessoas hospitalizadas que abandonam a prática religiosa e desejam a morte a fim de livrarem-se do sofrimento.

A descrença parece ficar mais evidente como uma fuga das dificuldades vivenciadas, e assim, a esperança, mola propulsora para o ser humano continuar a viver, mostra-se fragilizada ou inexistente, conforme fala abaixo:

Eu vejo que alguns param de acreditar, principalmente em Deus, quando fazem o transplante e passam a ter complicações tardias e precisam ficar internados. Aí não se vê mais aquela fé de quando estavam na quimioterapia (E5).

Estar com câncer, por vezes, é uma sentença de morte para quem vivencia. Nesse quesito, as participantes relataram que algumas pessoas parecem já ter apresentado uma relação de confiança com o que estar por vim sem temer a morte, sendo destacado como expressão da espiritualidade pela equipe de enfermagem, conforme relatado por E5 e TE6:

Um dia eu fui conversar com ela (a paciente) e disse: “vim te ver” e ela: “Oh, enfermeira”. Eu perguntei se ela estava em paz, ela disse que sim, pegou na minha mão e agradeceu: “Muito obrigada, viu?”. Então você percebia que a pessoa estava se conectando a algo, porque ela usava morfina, quetamina e outras medicações fortes. Ela estava com muita dor e dispensando a equipe dizendo que estava em paz e já precisava ir (E5).

Já vimos mortes muito marcantes aqui. Ele morreu tão cheio de tranquilidade, nunca vi uma pessoa morrer com tanta tranquilidade. Ele saturava 70, 60 e ele falava comigo como eu estou falando com você. Ele falava para o irmão: “Irmão, eu estou morrendo, mas fique calmo, eu estou bem. Estou indo embora, cuide de meu pai, de minha mãe” E nós enlouquecidos, ele nos acalmou: “Gente, fiquem calmos, estou morrendo e estou bem, já chegou meu tempo aqui, eu estou bem” (TE6).

Na atividade, as participantes apresentaram desenhos de artigos religiosos como representação das diversas crenças da pessoa com câncer, relatando que a pessoa hospitalizada na unidade utiliza bíblias, objetos, orações, ouvem canções, falam sobre Deus quando estimulados e já obtiveram a presença do líder religioso no leito.

As falas abaixo retratam como a proximidade com o Sagrado, através da religiosidade, os aproximam da espiritualidade, traz confiança e proporciona conforto ao sofrimento com a doença e com o tratamento:

[...] uma paciente pegou o celular e colocou um louvor, a ponto de a outra do leito ao lado começar a rir, conversaram sobre Deus e o astral dela melhorar. Com isso, eu percebi que as palavras de uma tinham influenciado muito a outra. Para você ver como arrasta e como realmente nós precisamos de uma base ou de uma fé. Estava com noradrenalina e vaga reservada na UTI. Eu cheguei no plantão e ela falando tudo nitidamente. Eu perguntei se ela estava bem e ela confirmou, continuou dizendo: “Quem não está é a minha filha. Eu não sei por que ela está chorando se eu estou bem e não vou para nenhuma UTI”, bem assim com muita convicção e realmente não foi para UTI. Eu liguei no outro dia para saber e não foi. Eu só queria ter a certeza do pensamento e da espiritualidade dela (**E9**).

Eu lembro que aqui tinha uma que toda vez que vinha da quimioterapia passava óleo ungido nas coisas, na bolsa, em tudo. E dizia: “Daqui virá minha cura”. Toda vez ela fazia isso. E creia, ficou bem (**TE2**).

Alguns trazem a bíblia, alguns têm patuá, eles (os pacientes) trazem coisas religiosas para cá. Eu vejo como uma cura da alma, o alívio do sofrimento. E essa é uma forma de distração também, de tentar tirar ele um pouco o foco da doença, da medicação, dos sintomas pesados, essas coisas. Eu vejo que ele acharia que estaria mais próximo de Deus aliviando aquele sofrimento... (**TE3**).

Tem uma paciente aqui que usa umas coisas amarradas, porque é da religião dela e todo mundo achava que deveria retirar. Mas a gente tem o direito de tirar? Porque se eu tivesse com meu terço aqui, ninguém iria tirar. Por que tem que tirar? Deixa a mulher com a religião dela, que está fazendo bem (**TE5**).

Aqui tem uns pacientes que ficam com o radinho ouvindo as orações. É porque a música ativa a parte emocional[...] já teve paciente aqui que recebeu o padre para fazer a extrema unção do doente, que por vezes a pessoa até melhora (**TE6**).

Tem um paciente aqui que é só você falar em Deus, ele dispara. Ele tem problemas neurológicos, mas é só falar isso que ele dispara: “Eu quero ir para casa, eu preciso ler minha bíblia, eu preciso orar como pastor” (**TE7**).

A **E9** comenta sobre a força e confiança demonstrada por uma paciente que estava prestes a internar em UTI por piora do quadro clínico, e acredita que a sua fé movimentou para a sua melhoria, **TE2** lembra de uma paciente que utilizava o óleo ungido, de maneira externa, nos recipientes da quimioterapia como uma forma de manifestação da fé.

**TE3** e **TE5** comentam que há pacientes que utilizam adereços e utensílios religiosos das diversas religiões e comentam sobre o respeito necessário ao uso de artigos, que por vezes são vistos de forma preconceituosa. A **TE6** resgata sobre as orações ouvidas na unidade por meio de aparelhos de som, e relembra a visita de um padre para a extrema unção. A fala de **TE7**

chama a atenção sobre o diálogo no cuidado espiritual, estimulando a pessoa a falar sobre sua crença e aquilo que traz conforto.

Freire lança mão da espiritualidade com características libertadoras, quando se coloca como categoria pedagógica capaz de educar para liberdade, através da humanização que valoriza a justiça, a liberdade e a esperança, mesmo diante das contradições da condição existencial humana. Para o pensador, a fé é o manifesto do plano divino, e por isso, direciona a manter para soluções que são inerentes aos seres humanos (CHAVES, *et al*, 2016).

Ademais, é evidente que na unidade há demandas sobre a temática em estudo, há o risco para religiosidade prejudicada, disposição para religiosidade melhorada, sofrimento espiritual e disposição para bem-estar espiritual melhorado, entre outros DE referentes à dimensão espiritual.

### **3 - A atenção à dimensão espiritual de maneira inconsciente e não sistematizada na prática da equipe de enfermagem**

Ao lançar o tema disparador durante a aplicação do mapa falante, as participantes, inicialmente, tiveram dificuldades em desenhar e alguns optaram por escrever pontuações relacionadas ao cuidado espiritual que afirmam proporcionarem na unidade. Apesar disso, foi relatado o questionamento sobre religião ou crença, diálogo atento sobre aquilo que reflete o sentido de vida e disponibilidade de artigos religiosos no leito para incentivo à leitura, conforme as falas abaixo:

Então, antes de falar com qualquer paciente que às vezes está no pior momento de fragilidade, eu pergunto se acredita em Deus e vai descobrindo qual é a vertente dele, sem entrar em mérito de religião (E1).

Começo perguntando no que a pessoa acredita, ou se não acredita em nada; quando está passando por alguma coisa, o que ela costuma buscar para se fortalecer, para podermos entender qual tipo de abordagem e até onde podemos ir para fazer com que ele expresse mais o que ele acredita e irmos apenas confirmando, incentivando-o a continuar. [...] se ele (paciente) acredita na meditação, ou acredita na mente como colega falou, então procure pensamentos positivos, já que é a mente que te guia em tudo e fortalece. É usar frases que podem tentar ajudar de alguma forma (E2).

[...] vamos conversando para caminhar junto com ele, para demonstrar que ele é um ser. O corpo dele é um templo, então vamos conversar sobre o que dá sentido à vida dele (TE2).

Eu já coloquei (uma bíblia pequena) em todos os leitos, mas os pacientes levaram (TE5).

A esperança é mencionada como algo primordial a ser cultivado na pessoa com câncer, de maneira leve e descontraída. As participantes acreditam no acolhimento como cuidado, junto ao abraço, a espera no momento oportuno para incentivo ao apoio em Deus ou no Sagrado, e a presença física nos momentos em que o silêncio se mostra acolhedor diante a manifestação do choro. As falas de **E10** e **TE3** abaixo denotam tais cuidados:

Chegamos com palavras de esperança, sempre sorrindo, brincando e que isso ajuda muito no processo deles. Tem paciente que não quer nem ir embora (**E10**).

Tento passar para eles que, apesar do que eles estão passando, Deus não deixa de ver eles, para não perderem as esperanças. Sim. Se estiver chorando, abraçar, ficar ali caladinho, passar a mão na cabeça. Tentar não ser invasivo. Se a pessoa me dá uma abertura e eu já sei a religião dela, eu a incentivo a se apegar a religião, se apegar a Deus, até para ela se fortalecer nesse momento de fraqueza. Porque às vezes passa muito coisa ruim na cabeça (**TE3**).

Quando questionados sobre como essa atenção à dimensão espiritual poderia ser constatada na prática, as participantes refletiram e mencionaram possibilidades, mostrando que o mapa falante despertou novas construções e engajamento para a mudança, a saber:

Eu iria incentivar a meditação dele (**E4**).

[...] Eu a orientaria a buscar meios e isso hoje é muito fácil com a internet. Ela pode estar utilizando hoje, depois desse problema da covid abriu muito. Minha sogra mesmo assiste as missas pela internet, então eu a orientaria a buscar algum modo desse, para ela ter esse contato. Ou até ela pode ligar para o padre, pastor ou líder religioso dela, um conhecido que pudesse ajudá-la. Seria fácil realizar (**TE3**).

Sugerir leituras que aprofundassem nas crenças deles (**TE4**).

Ao verbalizarem sobre a maneira que poderiam realizar esses cuidados, a reflexão das participantes pode encontrar embasamento na teoria da hierarquia das necessidades de Maslow pautada nas necessidades que mais afetam as pessoas em suas atividades, sendo a motivação ligada diretamente com a necessidade que o indivíduo julga mais importante para realização. Nessa teoria, cada pessoa tem que escalar uma hierarquia de necessidades, representada num formato de pirâmide, para atingir a sua autorrealização. Maslow define um conjunto de cinco necessidades da base para o topo: fisiológicas (básicas), segurança, sociais, estima e de autorrealização (CAMARGO, 2012).

Andrade (2017) traz que a teoria de Maslow analisa que o comportamento motivacional das pessoas é demonstrado pelas necessidades humanas que cada um possui ou realiza em determinadas ações. E para que disponha de qualquer ação, é necessário algum estímulo para início do ciclo motivacional, sendo ele da própria pessoa ou meio externo. A não realização do ciclo motivacional causará na pessoa a frustração momentânea mudando o seu comportamento

e as suas atitudes, daí para Maslow a motivação é uma condição cíclica e constante na vida pessoal de cada ser humano.

Para Cavalcanti e colaboradores (2019), Maslow pressupõe que, caso alguma necessidade básica seja frustrada, isso dará lugar a psicopatologias. Assim, é possível inferir que, quando a autorrealização da pessoa direciona ao seu acesso a dimensão espiritual, e este fica impossibilitado por algum motivo, dá-se lugar ao adoecimento espiritual.

Um participante relatou sobre a necessidade do apoio institucional para práticas de rituais religiosos, quando a pessoa apresenta essa necessidade, visto que se refere à permissão da entrada de artigos não comumente autorizados, mas que merecem ponderações por contribuir para o bem-estar e tranquilidade de quem crê.

Ajudaria no tratamento do paciente, uma mãe de santo entrar e colocar um despacho debaixo do leito. Já aconteceu uma vez, e depois daquele momento, ela ficou em paz. Já estava nas últimas, teve que fazer esse processo religioso, para que ela tivesse uma morte melhor. E foi melhor (TE7).

Diante os achados, infere-se que a equipe de enfermagem presta algum tipo de cuidado à dimensão espiritual, mesmo não se dando conta de que tais ações sejam ações de cuidado e não esteja inserido no processo de enfermagem enquanto método que norteia a prática.

#### **4 - Dificuldades e facilidades encontradas para a abordagem e cuidado à dimensão espiritual**

Durante as falas sobre o cuidado espiritual prestado na unidade, pude apreender as facilidades e dificuldades que as participantes se deparam no dia a dia, e influenciam na abordagem à dimensão espiritual.

As mediações, inferências e exposições feitas pela pesquisadora buscaram a reflexão-ação de maneira dialogada, por meio de tecnologia leve, vislumbrando que a autenticidade do diálogo facilita as relações interpessoais, fazendo com que os sujeitos se sentissem valorizados e conscientes da importância de seu papel social e de transformação da realidade (AMESTOY, 2017).

##### **Facilidades**

Para alguns participantes, o desenvolvimento da sua própria espiritualidade, possuir uma afiliação religiosa e conhecer sobre o que se fala são fatores que facilitam a aproximação deles à pessoa com câncer. As falas a seguir denotam tais afirmações:

Então, eu acredito que, quando você tem essa vivência de fé, você ajuda a transmitir essa experiência, essa esperança, mas não desmerecendo que não tem fé, ou não acredita, tem um outro raciocínio. Mas eu acho que se você viver fica mais fácil de falar **(E3)**.

[...] Eu sempre fui criada desde pequena em meio evangélico. Então, sempre me passaram essa questão de religião e de fé. Fica mais fácil para mim **(TE4)**.

Para além, **TE6** relata, no discurso abaixo, sua experiência no conhecimento das diversas religiões, como uma vantagem que a possibilita e a deixa confortável para tratar do assunto com diversos pacientes:

Sempre que chegam, eu pergunto se crê em Deus, porque eu não vou falar de Deus se ele não acredita. Então, quando diz que acredita, eu digo para se apegar a Deus. Alguns gostam de louvor, aqui tem uns pacientes que ficam com o “radinho” ouvindo as orações. É porque a música ativa a parte emocional, então, eu digo para ele sempre louvar e ouvir a música que fortalece. E eu, como sou uma cristã independente, pergunto qual é a religião. Se ele diz que é católico, eu já sei que católico acredita em Maria e Aparecida, eu digo que Maria já passou na frente deles. Se testemunha de Jeová, eu digo que Jeová já passou ali pela frente. Então, eu faço uma miscelânea, se me disser que é da umbanda, eu vou para os orixás **(TE6)**.

O vínculo e a relação de confiança que a pessoa com câncer deposita no profissional da enfermagem também foi citado como facilidade pelas participantes:

Aqui criamos vínculos, eles vêm e voltam. E geralmente quando morrem, morrem aqui. Tem pessoal que faz cerca de 8 ciclos, aí tem o transplante. Então, não tem como não ter vínculo **(E5)**.

[...] você tem mais intimidade, precisa fazer alguma coisa com o paciente e ele fala mais do que quando está em consulta com o psicólogo na enfermaria. Porque conversa exige vínculo. Como é que você vai conversar, abrir seu coração para uma pessoa que você viu agora? Um paciente que faleceu era assim: “Ah, não venha colocar essa psicóloga chata para mim, não”. Mas na hora do banho, ela conversava igual a um papagaio comigo. Por isso que eu digo que nós somos os psicólogos também **(TE5)**.

[...] aqui temos o *Facebook*, o *Instagram*, o *Whatsapp* dos pacientes, conhecemos a história, o pai, a mãe, a mulher, o bebê que está na barriga do paciente que está aqui internado, então sabemos que lá fora tem uma mulher grávida e que ele está aqui dentro **(TE6)**.

A **E5** retrata sobre o vínculo que constrói com a pessoa com câncer, em virtude do tratamento prolongado devido aos ciclos quimioterápicos e eventuais transplantes de medula óssea. A **TE5**, fala sobre a intimidade que se desenvolve, possibilitando que a pessoa se sinta à vontade para falar sobre si, até mais do que com psicólogos, que comumente é associado como o profissional responsável pelo diálogo sobre questões não palpáveis, bem como pela abordagem de cunho espiritual e religioso. A **TE6** relata que a convivência possibilita atravessar as barreiras da escuta qualificada, sendo possível conhecer as redes sociais da pessoa sob cuidado, conhecendo até da sua vida afetiva e das relações pessoais.

Tais afirmações sobre as facilidades transparecem que é possível se implementar o cuidado à dimensão espiritual de maneira planejada, diante a confiança e a relação horizontal entre equipe de enfermagem e a pessoa em adoecimento por câncer.

### **Dificuldades**

No que tange as dificuldades mencionadas pelas participantes sobre a abordagem a dimensão espiritual, houve falas sobre o desconhecimento acerca da temática, o medo de invadir a religião alheia impondo a sua crença à pessoa sob cuidado, além do medo de se envolverem e não possuírem recursos próprios de superação, ficando com seu emocional abalado, conforme as falas abaixo:

Eu acho que ou você fica na neutralidade, já que você não consegue poder estimular o que ele acredita, por você não acreditar naquilo, é ele que acredita. Se você não tem a capacidade de fazer esse estímulo e incentivar no que ele acredita, é melhor você ser neutro do que você querer influenciar de acordo com sua vivência (**E2**).

A abordagem é difícil, porque primeiro: também temos nossas crenças e temos medo de atravessar o que ele acredita ou não. Tenho receio também de não saber o que falar, nós sentimos, mas não sabemos como falar sobre o assunto. Usamos mais frases prontas que às vezes mais atrapalham do que ajuda, porque não conhecemos bem o que falar sobre a espiritualidade ou religiosidade (**E9**).

E se for uma pessoa que não crê em Deus, entende? E é muito difícil justamente porque temos que nos despir dos nossos julgamentos, das nossas concepções, respeitar e acolher o outro (**TE1**).

[...] medo de invadir a espiritualidade do outro, para não acharem que estão empurrando a própria religião (**TE5**).

Temos muito medo de ficar falando sobre espiritualidade. Porque tem uma fase da doença que eles ficam achando muito punidos, então se puxar para o lado da religiosidade, dá medo de ele achar que a doença é um castigo, e quando a pessoa começa a achar que a doença é um castigo, ela vai para um caminho sem volta (**TE6**).

A **E2** e a **E9** relatam que, por vezes, é melhor manter a neutralidade nesse aspecto, visto que não possuem conhecimento sobre o assunto, podendo atrapalhar mais do que ajudar no suporte a pessoa com câncer, e por isso, recorrem a frases prontas. **TE1** questiona como fazer quando a pessoa não acredita na existência de Deus. Nesse momento levantou-se a discussão sobre o apoio a espiritualidade não necessariamente vinculada à religiosidade, podendo incentivar algo que movimente para o sentido de vida, por exemplo. A **TE6** relata sobre o medo



de que, ao falar sobre espiritualidade como algo abstrato, a pessoa possa interpretar erroneamente sua proximidade à morte.

Ao falar das dificuldades e facilidades para o exercício do cuidado espiritual, foi preciso afastar-se de preconceitos, estabelecendo o diálogo acolhedor, como ato amoroso para a ação de libertação com confiança e fé. Segundo Freire (2013), é pensando a prática que se é capaz de melhor compreender o que se faz, e assim, preparar-se para uma prática melhor, percebendo teoria e prática, jamais isolada uma da outra, mas uma relação de processo em que pensar a prática é a forma de aproximação do ato de e se pensar certo. Paulo Freire representa socialmente a aproximação da postura pedagógica de humildade, escuta, respeito, confiança, crítica, interrogação e diálogo na perspectiva da transformação.

As falas apontam que a equipe de enfermagem não possui um direcionamento prático de como abordar de maneira tranquila, prevalecendo o medo de tratar sobre algo impalpável que envolve o íntimo da pessoa com câncer.

A atenção, respeito à crença alheia e o preconceito existente em alguns participantes também se mostraram como uma dificuldade a ser trabalhada, conforme falas abaixo:

Temos que saber se posicionar no sentido de respeitar[...] eu já trabalhei em muitas instituições e poucas aceitam candomblecistas ou da umbanda. Dizem que não, mas quando precisa e alguém solicita, dizem que não, porque imaginam que vão colocar fogo, que vai jogar pipoca, que vai fazer isso, vai fazer aquilo. E eu acho errado, só eles que não têm direito? (TE6).

É um pouco complicado de aplicar. [...] então eu sou um pouco preconceituoso com alguns tipos de religião. E eu não sei como eu receberia... Na verdade, eu acho que eu não receberia, por conhecer e ter a minha fé, seria como se eu estivesse trocando minha fé, ela levando a crença dela sobre mim. Eu como ser humano, já tenho um bloqueio, por já ter minha crença que o único digno de toda honra e toda glória é Jesus Cristo. Então, digamos que ela seja do candomblé e queira passar para mim sobre a crença dela com orixás, eu já teria esse bloqueio (TE7).

Para além do trecho citado por TE6, que tratar de impedimentos e preconceito institucional na receptividade de líderes religiosos de matrizes africanas, TE7 comenta sobre a dificuldade que possui em aceitar tais religiões, que não seja católica ou evangélica, destacando o bloqueio quando a pessoa manifesta a sua crença. Tais relatos entraram em discussão na atividade, e ficou destacado que, não somente é preciso respeitar a religião alheia, mas, também, acolher a crença do outro se abstendo de julgamentos, visto que não significa que o profissional precise modificar sua própria crença para implementar as ações pertinentes ao cuidado à dimensão espiritual.

Os discursos das participantes destacam o tempo escasso, a quantidade de atividades na rotina de trabalho e o dimensionamento de pessoal como algo que dificulta a atenção discutida, conforme as falas abaixo:

Aqui na discussão a gente fica até com muita vontade de fazer, mas o tempo aqui é corrido. Tem poucos funcionários **(E4)**.

E requer um tempo e disponibilidade do profissional para abordar, por não ser o tema fácil. E tem a rotina da unidade, e ainda pouca gente aqui **(E5)**.

[...] A questão do tempo e espaço devido a correria e a quantidade de atividades **(TE5)**.

Para nós às vezes é difícil, é realmente complicado devido à demanda **(TE6)**.

Nesse momento, a discussão se deu em torno das falas sobre tais dificuldades, ficando necessário pensar sobre momentos em que profissionais podem aproveitar a oportunidade do cuidado, como: no horário do banho, acompanhamento em algum procedimento, exame físico, anamnese ou visita diária no leito.

Para a pedagogia humanista e libertadora proposta, é preciso pensar dois momentos distintos: o primeiro, em que as participantes descobririam o mundo, e nessa descoberta, se comprometeriam com sua práxis e transformação; o segundo momento, no qual a realidade será transformada e a pedagogia passa a ser um processo contínuo e permanente de libertação (FREIRE, 2013). Para as dificuldades virem à tona, não foi um caminho fácil, pois, segundo os construtos freireano, é necessário o educador e educando (aqui pesquisadora e participantes) se mostrem revolucionários à realidade, diante a tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelá-la e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no ato de recriar este conhecimento (FREIRE, 2013).

Por fim, as dificuldades se estendem a falta de consciência da sua própria espiritualidade e o envolvimento das participantes com o sofrimento da pessoa com câncer, como se destaca nos discursos abaixo:

Aqui nós apoiamos em nós mesmos. Na medicação, aqui tem um monte de psiquiátricos (risos) **(E5)**.

Eu acho que deveria ter psicólogos voltados para nós. Você não tem como cuidar de uma pessoa se você não está bem. Ninguém tem o suporte, nem o profissional e, assim, tem paciente jovem aqui que termina um se escorando no outro, porque não temos apoio de ninguém. Mesmo assim, conseguimos fazer alguma coisa **(E7)**.

Para mim é uma dificuldade, pois eu já me envolvi, precisei ficar afastada por causa de tanto sofrimento aqui. Acho que falar desse assunto pode me deixar um tanto assim... por isso eu comento sobre isso com os pacientes de maneira muito superficial **(E10)**.

**E5** disse sorrindo que alguns profissionais da unidade necessitam de cuidado medicamentoso à saúde mental e que membros da equipe se apoiam um no outro diante a rotina de trabalho com o câncer. Sobre isso, **E10** citou sua experiência de afastamento temporário da unidade. Acrescentando, **E7** fala que profissionais da unidade poderiam se beneficiar com atenção psicológica, em virtude das vivências com o sofrimento humano, o que desencadeia um desgaste emocional.

Assim, infere-se que tais falas podem dificultar o bem-estar profissional na abordagem à dimensão espiritual da pessoa hospitalizada, evitando, assim, a sua própria piora espiritual, por não possuírem suas estratégias de *coping*.

## **5 - O despertar para o cuidado espiritual sistematizado após a problematização da integralidade do cuidado**

As participantes reconheceram que não inserem a dimensão espiritual na prática do cuidado de forma organizada e puderam evidenciar o quão a ciência vem dialogando com as questões sobre a espiritualidade, entrando em concordância sobre a desconstrução de que a ciência e a espiritualidade/religiosidade/fé são fenômenos que não dialogam.

**E1** e **TE12** comentam sobre os benefícios para a pessoa que vivencia o tratamento oncológico e relata que a falta de cuidado à espiritualidade/religiosidade pode se manifestar nas alterações físicas da pessoa com câncer. Completando, **E3** revela que trabalhar a dimensão espiritual torna-se importante para a promoção da saúde integral, e na oportunidade, **E2** destaca que esse cuidado existe, de alguma forma, e que por não ser documentado, entende-se por não feito. Com isso, propuseram espaços para uma discussão mais ampla e prática, conforme as falas abaixo:

[...] dizer a você que eu avalio essa parte de religiosidade quando eu vou fazer o diagnóstico de enfermagem... não faço. Mas sei que, ao estimularmos tanto a espiritualidade, quanto a religiosidade, tem benefício para ele. Pensamentos positivos, diminuição da ansiedade, da depressão e, querendo ou não, são benefícios que refletem no físico dele. Então, acho que vale a pena trabalhar esse aspecto (**E1**).

Sim, o cuidado espiritual aqui existe, só não documentado. Aí parece que não fez [...] é bom vermos que a ciência em si já está começando a ter essa conversa com a fé, com a espiritualidade. Porque o ser humano é uma integralidade e não só o lado biológico, então, eu acredito que a espiritualidade é muito importante (**E2**).

Essa dimensão não trabalhada, eu achei muito interessante discutir aqui (**E3**). Temos que considerar os benefícios que isso pode trazer ao paciente, as áreas do cérebro que são estimuladas. A importância de estarmos trazendo isso,

porque às vezes com a nossa rotina, deixamos isso de lado, com as atribuições do dia a dia, terminamos não tendo contato. Damos até uma palavra de conforto, mas não para esse lado espiritual mesmo (TE12).

Muita gente aqui se sustenta com base na fé (E9).

Vai ser muito bom ter isso aqui, pois temos situações gritantes em que o paciente fala que está depressivo, ou que fale que está com medo, ansioso, pensamento suicida (TE11).

Quando se enfrenta a doença oncológica, o sustento na fé foi destacado entre as participantes, conforme E9. A TE11 relata sobre a experiência com pessoas que desenvolvem pensamento suicida, medo e ansiedade, e por isso, refletem sobre a importância de se abordar a temática na unidade.

Sobre o cuidado, este é visto como uma das mais antigas práticas da humanidade, tendo como objetivos a manutenção da espécie e a manutenção social dos grupos (WALDOW, 2008). O cuidado ao ser humano se inseriu na história como uma atividade voltada à cura das doenças, ao alívio do sofrimento físico e mental. Assim, o conhecimento acerca da doença e da saúde sempre determinou maneiras de praticar o cuidado proveniente de valores predominantes na sociedade (COLLIÈRE, 1989).

Para Nissen, Viftrup e Hvidt (2021) se o cuidado espiritual deve ser centrado na pessoa e proporcionar algo positivo a esta, é necessário verificar a compreensão da fundamentação ontológica da pessoa enferma, a fim de entender a partir de quais aspectos (secular, espiritual, religioso) e em que grau o processo de construção desse significado é estável ou entrou em descrença. Isso também exige uma avaliação se as necessidades são do tipo práticas ou cognitivas, para assim, planejar o cuidado espiritual individualizado.

Sobre essa percepção da necessidade prática ou cognitiva da pessoa com câncer, um participante relatou a sua experiência quando esteve hospitalizado, em que o profissional visualizou algo sobre sua crença, mas não fomentou no momento, como uma oportunidade de acolhê-la na sua religiosidade. E assim, comenta que gostaria de ter recebido o cuidado à sua dimensão espiritual naquele momento:

Eu fui internada e fiquei na UTI. Eu estava lá com meu terço na mão e nos horários que passava alguma programação no canal Canção Nova que eu queria assistir, deixava lá assistindo. Teve uma profissional que chegou perguntando quem era o pastor e não deu importância nenhuma. Eu gostaria desse cuidado comigo (E2).

A E2 comenta sobre seu internamento na UTI, a sua manifestação quanto a prática religiosa e o quanto ela gostaria que o profissional proporcionasse um cuidado sobre a sua dimensão espiritual.

Assim, corroboro com o pressuposto de que a educação não é neutra e que o processo de cuidar é educativo e um ato político (FREIRE, 2013), podendo ser assumido pela equipe de enfermagem como uma proposta transformadora.

## **6 - A conscientização da importância dos registros de enfermagem sobre o cuidado espiritual prestado**

As participantes desenvolveram a consciência da ausência dos aspectos psicoespirituais no PE da instituição e relataram a necessidade de se compartilhar as observações espirituais/religiosas durante a passagem de plantão com a equipe de enfermagem e nos registros diversos. Toda consciência é sempre consciência de algo, a que se intenciona. “A consciência de si dos seres humanos implica a consciência das coisas, da realidade concreta em que se acham, como seres históricos e que eles aprendem através de sua habilidade cognitiva” (FREIRE, 2015, p. 243).

Tal consciência mostrou a necessidade de se esclarecer de que forma o cuidado espiritual pode se concretizar na prática de enfermagem, ao considerarem que tal conhecimento nortearia à equipe sobre o fazer, desde a anamnese espiritual até a avaliação dos cuidados implementados, conforme destacado nas falas abaixo:

Sim, a gente conhecendo sobre isso, eu já estaria preparada e se estivesse informações na passagem de plantão também. A espiritualidade é uma questão passível de ser incorporada no processo de enfermagem da nossa unidade, que é algo relevante, que precisa ser considerado e esquematizado no nosso trabalho. A gente até fala, mas nada está escrito. [...] por falta de preparação. Mas acabou que, quando fomos discutindo mais, foi chegando à conclusão que é sobre o que já fazemos um pouco no serviço e podemos melhorar muito (E4).

Seria importante anotar sobre isso. Vemos o empenho muito efetivo da equipe em buscar e acolher os pacientes que se manifestam e se abrem para nós, de promover um ambiente e uma visão menos pesada para eles (E10).

A prescrição desses cuidados não pode ser mais uma rotina sem organização! É essa sensação que tenho aqui (TE3).

Só que não registramos, apenas passamos nos plantões. Aí parece que nada fez. Agora vai mudar aqui! (TE6).

E4 discorre sobre o quanto o cuidado espiritual incorporado ao processo será importante para nortear as ações na prática. E10 reforça a importância do registro desse cuidado, visto que a equipe se empenha para fazer algo, mesmo que tímido, sobre as demandas espirituais e religiosas da pessoa hospitalizada com câncer. TE3 relata que, diante a atividade, ficou claro que não é mais possível essa rotina de cuidados sem registro. E4 corrobora com tal afirmação,

alegando ser possível que o cuidado à dimensão espiritual seja incluído ao PE, porém afirma não compreender a NANDA-II de maneira satisfatória, conforme falas abaixo:

Principalmente em questão da sistematização, de colocarmos um método, de registrar, de avaliar. Fica algo muito subjetivo [...] ai parece que não fazemos na intensidade que os pacientes demandam (E2).

[...] Temos a NANDA-II como você disse e eu não sei mesmo fazer o diagnóstico [...] problema é que não sabemos por onde começar! (E4).

Sim, eu adoraria saber falar sobre isso (cuidado espiritual) e fazer alguma coisa para que eles (os pacientes) se ajudarem (E5).

Para além, E2e E5 complementam com o desejo de “saber falar” sobre a temática, e destacam a sistematização do método e o registro como facilitadores da implementação de DE e cuidados de enfermagem à dimensão em estudo.

A ação educativa aconteceu, considerando que no processo de educação e aprendizagem significativa, não se deve anular o direito ao ser a ser mais, assegurando apenas o estar determinado a ser aquilo que é esperado que ele seja. Por isso, não há como separar o ser de sua essência ao de vir. Um exemplo é em relação ao conteúdo, enquanto aprendo e apreendo sobre um conteúdo também, aprendo e apreendo algo a mais de mim e sobre mim e sobre o mundo, me transformo, mesmo que condicionado (FREIRE, 2005).

## **7 - Compreendendo as fases do Processo de Enfermagem como caminhos percorridos para a operacionalização dos cuidados espirituais**

Ao trabalharmos o PE e a teoria de Wanda Horta, as participantes puderam refletir sobre as fases do PE. Durante a dinâmica de organização sequencial das fases, algumas dificuldades foram apresentadas, sendo sinalizadoras para o trabalho em equipe sobre a aplicação do PE na prática, conforme falas a seguir:

Primeiro o histórico [...] na parte de prescrição de enfermagem é inserido o cuidado, na evolução é atualizado (E1).

Primeiro o histórico, depois vem diagnóstico, depois planejamento e avaliação. E implementação? (E3).

Avaliação, diagnóstico, planejamento e... Mas essa avaliação é avaliação do paciente ou do processo? Colocamos Histórico, Avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação. Será que está certo? Os cuidados, sei que são na implementação [...] não reavaliamos nada do processo de enfermagem [...], mas anotar os problemas espirituais seria no histórico, ou na evolução? (E4).

Diagnóstico vem por último, implementação [...]. É porque o nosso processo de enfermagem aqui não trabalhamos com a denominação problema, trabalhamos com diagnóstico de enfermagem. Acho que é Wanda Horta (E6).

Primeira coisa que vamos começar é com o histórico. Onde terá todas as informações possíveis (E9).

E1 e E9, demonstraram um certo conhecimento sobre as etapas do PE. E3 não mencionou a fase de implementação das ações. E4 e E6 evidenciaram certa incompreensão sobre o que venha a ser problemas de enfermagem, DE e demais fases do PE. Assim, as participantes apresentam certa dificuldade na execução do PE, o que foi mediado pela pesquisadora com a discussão da Resolução do COFEN, e como as etapas contribuem para a avaliação e readequação dos cuidados de enfermagem.

Consequente, as participantes reconheceram que, ao implementarem o PE contribuem para a valorização da profissão, conforme a fala abaixo:

Eu sempre fui do tipo que pensar em valorizar o que é nosso, porque a enfermagem tem que ter valor. Quando cheguei aqui no hospital que eu vi... Meu Deus. E acaba que você “vai entrando no bolo” também, na rotina. [...] O processo de enfermagem é dinâmico e valoriza a profissão. Porque de um dia para o outro o diagnóstico pode mudar. Amanhã pode ter outro ou então que está melhor e não precisa mais desse diagnóstico. Ou então teve algum cuidado de enfermagem que você vai ver não está precisando mais (E8).

E8 também pontua sobre como a prática diária modifica e cria ações “automáticas”, ao citar que o profissional “vai entrando no bolo”, e assim, se refere ao PE que vem deixando de ser realizado com base no raciocínio lógico que exige. E4 complementa o pensamento de E8, por relatar a demanda do serviço e sobre os indicadores da qualidade da assistência, que não contemplam o PE na assistência multidimensional, conforme trecho abaixo:

[...] A demanda do serviço impede. Por exemplo, ou paramos para ver o paciente que está chorando, ou paramos para instalar uma quimioterapia. E seremos cobrados por ter deixado de instalar uma quimioterapia. Está sendo muito mecânico por aqui (o processo de enfermagem), tudo no automático. Somos cobrados pelo indicador que você deixa de fazer (E4).

Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou imposição, ou seja, um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada, sistematizada que lhe foi entregue de forma desestruturada (FREIRE, 2013).

Assim, no decorrer da oficina, houve a transformação da dificuldade e as participantes puderam apreender o PE como um método utilizado na prática profissional, que possibilita mais assertividade nas tomadas de decisão, tornando, assim, a assistência de enfermagem mais científica e menos indutiva, conforme falas abaixo:

Eu nunca sabia que o certo é PE. Porque a gente só fala SAE, SAE..., mas SAE é a nossa organização aqui. Agora, o que fazemos de cuidado é PE. Aprender assim com o estudo de caso, fazendo na prática, deu outro esclarecimento para gente. Foi fantástico (E2).

Outra coisa fazer isso na prática com um caso clínico, porque treina a gente para fazer, eu tive muitas surpresas que na prática, se passa, porque faz sem pensar, começando que todo mundo falava errado, chamando de SAE o que é PE, e as fases a gente quase não lembrava da importância (E6).

Eu percebo que você aqui, veio resgatar para que a gente assuma o que é nosso, eu fico sempre pensando depois das oficinas. A gente seguindo assim essas fases, fica mais fácil e mais coerente, porque as coisas não surgem do nada (E8).

Com isso, E2, E6 e E8 confirmam que, apesar das dificuldades encontradas em implementar os cuidados à dimensão espiritual percorrendo as etapas do PE, é possível utilizar estratégias problematizadoras que fortaleçam a aplicação teórico-prática à enfermagem.

Despertaram juntos (pesquisador e participantes) para o cuidado à dimensão espiritual sistematizado, incorporado ao PE. Os discursos sobre a necessidade de melhorias no HE, implementação dos DE e cuidados de enfermagem no contexto da espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer, evidenciaram o que Freire (2011a) discorre sobre a consciência do homem e seu inacabamento, sendo este possuidor de uma vocação ontológica do vir a ser mais. Essa característica é inerente humana, faz parte de sua função cultural, histórica e de ação junto à natureza.

## 8 – Conhecendo a anamnese espiritual e o preenchimento do Histórico de Enfermagem

Esse tema foi identificado quando o grupo explorou o estudo de caso e identificou os problemas de enfermagem sobre a espiritualidade/religiosidade. Ao trabalharmos com o HE, a teoria de Wanda Horta e os aspectos psicoespirituais, as participantes relataram que não preenchem esse quesito no HE, ou quando o fazem, não consideravam esses problemas como reais, potenciais ou de promoção à saúde espiritual, como se destaca nas falas abaixo:

Não. Essa parte não norteia a nossa prática, assim, falando de cuidados. Dificilmente eu vou a um prontuário para buscar essa informação. Acho que aqui em psicoespiritual é onde podemos identificar (E1).

Então não pensamos em quais são os problemas de enfermagem, pensamos logo nos diagnósticos de enfermagem que mais usamos aqui [...] A parte da religiosidade não observamos. O que eu posso colocar é humor deprimido, ansiosa, chorosa na evolução ou anotação. Que está choroso... Aqui, nessa parte de espiritualidade. Sempre preencho, mas por preencher mesmo (E4).

Nós perguntamos qual a religião. Mas não vamos a fundo, se é praticante... (E5).

E1 informa que é uma informação não considerada na coleta de dados, mas identifica que há um local no HE apropriado para o preenchimento sobre dimensão espiritual. Para além, E4 comenta que há uma negligência quanto aos problemas de enfermagem, iniciando os DE



sem essa avaliação criteriosa, preenchendo o HE por ser mais uma atividade burocrática, e com isso, realiza anotações apenas sobre o humor, choro e episódios de ansiedade. **E5** relata que questiona sobre a religião da pessoa com câncer, mas não há uma indagação mais apurada sobre esse dado.

As participantes alegaram certa preocupação em sinalizar a religião no HE, evoluções e anotações em virtude do tratamento hematológico, por vezes necessitar de infusões de hemocomponentes, o que não é aceito pela religião Testemunha de Jeová. Assim, os relatos seguintes comentam sobre a necessidade de saber se a religião contradiz com o uso de sangue e hemoderivados, o que não significa cuidado a dimensão do estudo:

Porque tem aqui, mas sempre perguntamos se tem religião. Por causa do Testemunha de Jeová (**E4**).

Tem muito tempo que não preencho essa parte, mas preenchia. Porque é importante saber, principalmente quando é testemunha de Jeová, porque influencia diretamente do tratamento [...] eu não vou mentir que tenho mais preocupação em preencher quando sei que o paciente é testemunha de Jeová (**E6**).

Acho muito importante essa necessidade religiosa do paciente. Coloco a religião do paciente, temos que destacar quando é testemunha de Jeová, por questão de não aceitar transfusão sanguínea, então temos que sinalizar (**E8**).

Completando as falas de **E4** e **E6**, **E8** relaciona que o questionamento da enfermeira sobre a religião da pessoa hospitalizada está relacionado à atenção para o aceite de transfusões de hemocomponentes, como o Testemunha de Jeová.

Após a construção da oficina e a nova perspectiva de se trabalhar sob uma lógica crítica-reflexiva e transformadora, foi possível o despertar das participantes para novos conhecimentos que podem modificar a prática, a fim de se implementar o cuidado espiritual na unidade.

Freire defende a transformação pela educação problematizadora, que propõe mobilizar a construção de conhecimentos a partir de experiências significativas. A aprendizagem significativa busca construir um processo educativo alicerçado nos saberes prévios dos educandos, tendo por objetivo tornar o processo educativo mais dinâmico, existe uma necessidade contínua de transformar a prática pedagógica em momento de prazer e satisfação, tanto para o educador como para o educando, a fim de tornar o processo educativo mais eficaz (FREIRE, 2013).

Os discursos abaixo refletem a lógica crítica:

Primeira coisa que vamos começar é com o histórico, onde terá todas as informações possíveis. Problemas de enfermagem são todas as demandas que percebemos no paciente, tudo aquilo que necessita de intervenção da enfermagem, o que identificamos que está desajustado no paciente (**E9**).

Foi importante levantar os problemas de enfermagem, que não é dada muita atenção a essa parte espiritual, está mostrando como fazer e sendo é relevante **(TE3)**!

E eu acho interessante na nossa enfermaria é que as técnicas ajudam a fazerem o histórico, foi o que eu percebi aqui. A gente visita toda hora e perguntam de onde vieram, há quanto tempo descobriu a doença... Se é a primeira vez que interna aqui... aí eles vão falando tudo. Todas essas informações iniciais sabemos a religião, como pratica. Podemos passar mais na passagem de plantão **(TE10)**.

Acho que caberia essa parte do objeto (artigos religiosos), só não sei como colocaria isso no papel. Poderia inserir no HE **(E1)**.

**E9** relata a compreensão de que o HE com a coleta de dados é o ponto de partida, onde serão identificadas todas as demandas da pessoa que cabem intervenções de enfermagem, **TE3** conclui que a oficina possibilitou o entendimento sobre o que são problemas de enfermagem de cunho espiritual. **TE10** pontua que as técnicas de enfermagem podem ajudar nessa identificação, pelo contato direto e frequente que exercem com a pessoa, e assim, podem acrescentar informações na passagem de plantão, sinalizando à equipe para a atenção espiritual.

Para além, o **E1** sugere o acréscimo da pergunta sobre o uso de artigos religiosos no dia a dia no HE, afirmando que facilitaria nas observações sobre a religiosidade e práticas espirituais da pessoa com câncer.

## **9 - O (des)conhecimento e a aplicabilidade dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados à dimensão espiritual**

Nesse tema, observou-se o quanto os profissionais da enfermagem carecem de esclarecimentos e práticas que incluam o cuidado em questão. As participantes tiveram a oportunidade de selecionar DE sobre o caso clínico trabalhado na oficina, podendo revelar o (des)conhecimento da NANDA-II e NOC no que concerne aos diagnósticos disponíveis e resultados esperados com a prescrição de enfermagem, conforme falas a seguir:

Eu percebi que a NANDA-II escancara que o cuidado de enfermagem vai além mesmo do corpo, e tem essa parte sobre os cuidados em oncologia e lá tem apoio espiritual, como tem na NOC. Esses diagnósticos voltados para a espiritualidade e religiosidade serão peças chaves aqui. [...] Estamos mesmo surpresos com a NANDA-II e o NOC trabalhados. Agora vamos dar importância ao que é, também, importante **(E2)**.

Olha... eu estou admirada, vejo que requer atenção da equipe para isso, porque os diagnósticos da espiritualidade existem [...] olha o que fizemos aqui, tudo com sentido!! Eu acredito que isso “amarradinho” aqui é uma possibilidade para uso, estando no prontuário eletrônico, porque vamos notar e lembrar das oficinas. Para mim, a NANDA-II com esses diagnósticos já me deu uma luz

na abordagem correta [...]. Agora, eu começo a entender, chegaremos no cuidado através da NANDA-II e NOC que falamos aqui (**E4**).

Agora a gente percebeu que a “coisa” é respaldada pela NANDA-II, e a gente percebeu que pode trabalhar sim! Será ótimo no sistema, porque vai sinalizar à gente, e até quem não conhece ficará curioso para saber. Ai sim, teremos a atenção integral aqui no prontuário e no cuidado dia a dia [...]. A gente vai fortalecer o Processo de Enfermagem também, vai ficar completo (**E5**).

Mas observe que usando esses diagnósticos a gente consegue ver a necessidade de cuidados. E tem diagnósticos de risco e aqueles quando o problema já está instalado. Se a gente usar a NANDA-II, esses diagnósticos que trabalhamos... vamos conseguir [...] descobrir esses diagnósticos foi demais [...] A gente precisa resgatar isso, que a gente só quer ir para o biológico (**E10**).

A **E2** comenta com surpresa sobre a aplicabilidade dos DE, uso da NANDA-II e NOC. As **E4 e E5** relatam a importância de se compreender, na prática, como a enfermeira elencará os DE voltados a dimensão espiritual e avaliam sobre ter esses DE no prontuário eletrônico como algo assertivo que irá fortalecer, também, o PE. A **E10** compreendeu que, ao identificar os DE, alguns cuidados de enfermagem são sinalizados, e finaliza com a necessidade da equipe em resgatar a atenção integral, para além do biológico.

Nesse sentido, para construção deste sonho possível, foi necessária a promoção de uma educação que estimulasse a conscientização, que não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas a opção, decisão, compromisso [...] é engajamento numa causa que dá sentido à existência [...] é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo e ao transformar o mundo o ser humano transforma-se a si mesmo (FREIRE, 2016, p. 42).

Com isso, resgatar os DE, aplicá-los de maneira problematizadora e dialógica na oficina e a possibilidade de tê-los no sistema eletrônico causou motivação e despertou a equipe para o uso no dia a dia. Sobre isso, o despertar para aprender, Freire (2013) critica o sistema de ensino-aprendizagem, denominado por ele como educação bancária, que usa a metodologia da memorização acrítica do conhecimento e contribui à passividade dos educandos, com isso, a pesquisadora e as participantes aprenderam juntos pela problematização dialogada, a interpretarem o fenômeno.

Um diálogo que respeita o ser, suas características, mas também o provoca e desafia para a tomada de decisões e transformações. Um diálogo que converge a práxis, entendida como um processo de reflexão, anterior a ação e ação comprometida com mudanças (FREIRE, 2016). Não houve outro caminho no estudo que não fosse o diálogo, como meio de aprofundar nos mundos e visões.

(Re)conhecer a riqueza de DE, a praticabilidade e identificar que o apoio espiritual se encontra como resultados esperados na NOC no capítulo “Enfermagem Oncológica”, foi impulsionador para a operacionalização desses diagnósticos no PE, o que podemos observar nas falas abaixo:

Esses diagnósticos, quase eu não vi na faculdade, e depois nunca mais. E aqui nosso sistema não tinha, agora vai ter todos e estamos direcionados, sabemos agora o motivo do que estará lá no sistema. E quando a gente for clicar nos diagnósticos que aparecer esses... a gente vai lembrar e utilizar. Não será mais só queda, risco de infecção, os de sempre! **(E5)**.

Eu e meus colegas não sabíamos desses diagnósticos e como eles podem ser utilizados na prática. Descobrir esses diagnósticos, religiosidade prejudicada, sofrimento espiritual, disposição para bem-estar melhorado... foi muito bom, e a gente pode fazer na prática com aqui no estudo de caso, porque na teoria ficaria difícil. Hoje quando a gente identificar um problema desse aspecto, já saberemos que haverá os diagnósticos certos **(E6)**.

Eu achei tão importante essa oficina com os diagnósticos espirituais! Muitos a gente nem sabia ou lembrava, e a maioria não tínhamos familiaridades. São coisas fáceis de fazer. No início parecia que seria difícil de ser utilizado. Então, eu acho que trabalhar a NANDA-II e o NOC foi assim, importantíssimo para a gente melhorar nosso planejamento, nosso PE **(E9)**.

Para além, as **E5** e **E6** externaram a deficiência da formação em enfermagem sobre os DE envolvendo a espiritualidade e saúde, denotando a incorporação do modelo biomédico na profissão, apego aos diagnósticos fisiológicos e dificuldades pela temática abstrata. O **E9** relatou que a primeira impressão foi de que seria difícil aplicar esses DE, mas comprovou que é possível, e conseqüentemente, irá favorecer na melhoria do planejamento de cuidados e no PE.

Uma participante relatou o resgate sobre os conhecimentos da NANDA-II e NOC proporcionado pelo estudo, e afirma que haverá tentativa de executar o que foi proposto, mesmo diante às demandas do cotidiano, e pontua acerca de comentários entre a equipe sobre o apoio espiritual sistematizado e organizado, conforme relato abaixo:

Veja que hoje descobrimos muito sobre a NANDA-II e NOC, gente está tudo lá! Você aqui resgatou isso na gente, estou aqui há um tempo e não fiz nada disso. Vamos tentar fazer isso aqui, mesmo com toda demanda de trabalho. O pessoal vai incorporar isso, porque já comentamos depois das oficinas [...] você está capacitando a gente para o uso desses diagnósticos de enfermagem, sabia? **(E8)**.

**E8** pontua os comentários positivos entre a equipe de enfermagem sobre as oficinas e, por isso, acredita que haverá a incorporação dos DE e cuidados à dimensão espiritual. Para além, entende que a equipe está sendo capacitada para a implementação destes.

## 10 - Reflexionando os cuidados de enfermagem elencados à dimensão espiritual da pessoa com câncer

Durante a oficina 3, as participantes ficaram admiradas com os cuidados disponíveis na NIC e elencados para a unidade. Houve falas com idéias e formas de abordar a pessoa com câncer nas oportunidades do cuidado, praticando o estímulo, escuta e encorajamento, conforme relatos a seguir:

Não sabia que tinha tanta coisa. A gente vê que tem várias formas de abordagem. Não necessariamente o paciente precisa estar naquele estado que não quer mais viver, está muito deprimido, para a gente abordar essas questões (E4).

[...] encorajar interações com os familiares, a gente estimular amigos e outros. A gente perguntar se ele quer receber a visita de um líder religioso. Agora sabemos que podemos fazer bem mais. Podemos até estimular algo *on-line*. Teve um paciente aqui no leito 15 que o pastor o atendia *on-line* (E9).

E talvez assim com esses cuidados eles possam encarar a morte de outra maneira, o sofrimento de outra maneira. Tipo assim, como eles têm um tratamento longo, serve até para tranquilizar mais a aceitação da doença (TE2).

“Incentivar a leitura de textos religiosos relacionados à crença da pessoa”, “Estimular orações, preces e rezas de costumes”. A prescrição de enfermagem com esses cuidados, os mais adequados, de fato a gente vai lembrar desse cuidado. O paciente (citou o nome) mesmo que está bem sensível com a situação dele, incentivar a buscar a crença dele, a fazer leitura, ouvir orações e buscar a fé que ele acredita, a crença que ele acredita. A gente faz muito aqui, agora vamos fazer com mais cuidados (TE3).

Ao visualizar o quadro de cuidados catalogados, a E4 relatou a quantidade de possibilidades de ações, e afirma serem cuidados não somente para quem se encontra desmotivado com vida, mas para prevenção de impactos à saúde mental que tanto atingem a pessoa com câncer. Sobre isso, a TE2 complementa sobre o quanto essas intervenções podem ressignificar o sofrimento e o medo da morte.

O E9 e a TE7 citam alguns cuidados e reforça a viabilidade do uso de ferramentas tecnológicas para contato com o líder religioso, quando a pessoa deseja. A TE3 sugere outros cuidados, pontua sobre tê-los na prescrição de enfermagem e finaliza com um exemplo de uma pessoa hospitalizada que pode se beneficiar com as ações sugeridas.

Durante as atividades, as participantes reafirmaram que os cuidados elencados são viáveis de serem prescritos e realizados; sobre a confiança que a pessoa hospitalizada com câncer deposita na equipe; e, que a equipe de enfermagem será motivada quando visualizar os cuidados construídos na prescrição de enfermagem.

As participantes concluíram que a dimensão espiritual pode beneficiar a pessoa em adoecimento com câncer, e defendem que religião e espiritualidade são particularmente importantes para as pessoas com este diagnóstico. O papel do binômio, neste caso, pode estar associado com questões como resiliência, esperança e bem-estar espiritual dos pacientes, na vivência do sofrimento causado pela doença ocorre uma conexão maior com a religiosidade e a espiritualidade, favorecendo escores altos de *coping* religioso e espiritual (MENDONÇA, 2019).

Assim, afirmações como “ficou claro o quanto posso fazer sobre os cuidados à dimensão espiritual para prevenção e promoção da saúde” foram destaques entre as seguintes falas:

Mas tendo isso aqui, a pessoa vai ter que checar e a gente checa o que a gente faz, não é? Então eu acho que vai ser algo que vai estimular muito quem não tem esse costume passar a fazer (TE7).

Só vai melhorar com esses cuidados. E eles confiam muito na gente (TE9).

E quando você pára e vê esses cuidados listados, você percebe assim: “eu posso fazer muito de algo disso aqui que está listado”. Eu posso parar, eu posso fazer algo disso aqui para os pacientes! Eu achei muito importante que estando no sistema e na prescrição, a gente vai se adaptando com os cuidados e se familiarizando com a prescrição nova, de acordo com cada paciente, com a vivência de cada um com relação a essas questões (TE10).

Principalmente que são cuidados que você vai estimular, mais voltados ao estímulo, vai facilitar que ele exerça [...]. São reforços positivos. Ele vai ter esperança, ele vai ter mais paciência no processo de doença, tratamento. Essas ações aqui são importantes (E2).

Eu achei os cuidados que construímos muito bacana para serem implementados aqui na unidade, principalmente com os pacientes daqui que são oncohematológico. E a partir de agora a gente vai sim fazer, colocar, implementar e falar mais sobre isso (E6).

Uma participante enfatizou que ponderar sobre os cuidados e prescrição de enfermagem a respeito da temática a reaproximou de ações que são da enfermeira, conforme fala abaixo:

Para mim, refletir com o grupo sobre os cuidados voltados para a espiritualidade e a religiosidade foi o ponto mais importante de todas as oficinas. Foi à reaproximação do que pode ser utilizado pela enfermeira[...] me senti reaproximada de algo perdido. Lidamos com tudo que há de mais humano em nós, todos os dias. Nenhuma profissão faz isso! (E8).

Para E8, elencar os cuidados de enfermagem à dimensão espiritual a fez refletir sobre a atuação com humanidade e resgatou aquilo que é único da enfermeira: a possibilidade de prescrever cuidados de enfermagem à dimensão mais ampla do ser humano, quase sempre não valorizada.

O termo cuidado de enfermagem é entendido como atividades que o pessoal da enfermagem desempenha junto às pessoas em vários cenários. Nesse sentido, o cuidado refere-

se a uma ação técnica realizada pelo pessoal da enfermagem, e é assim também que a população em geral costuma compreender o termo cuidado de enfermagem. Nesta concepção, o cuidado é vazio de seus componentes educativos, não promove a reflexão sobre esta prática e sobre a participação da enfermeira em atividades que compreendem e promovem a relação saúde/doença. A expressão essencial da prática da enfermagem está no cuidado humano e transformador (GONÇALVES; SENA, 1999).

## **11 - A efetividade da ação educativa diante a aplicação da dialogicidade e problematização freireana**

Na oficina final de avaliação da ação educativa para implementação da proposta foi possível constatar os impactos através das falas das participantes. Na metodologia da PA, a participação é o princípio que define todo o processo de pesquisa (WRIGHT *et al.*, 2018). Freire compreende a educação como um encontro entre seres humanos, mediado pelo mundo, assim, a equipe de enfermagem foi capaz de agir por si próprios, quando avançaram, sistematicamente mais sobre um tema de interesse comum e quando se tornaram capazes para agir com base nesse conhecimento construído na coletividade, através da problematização.

Os discursos abaixo retratam o impacto positivo da ação educativa e no aprendizado crítico-reflexivo:

Quando eu percebo que estou diante de uma situação, eu penso o que posso aplicar ali, penso nos DE, o que posso estimular, eu presto mais atenção desde as oficinas **(E4)**.

Foi muito produtivo, para a parte profissional, assistencial e pessoal, principalmente que estamos trabalhando com paciente de oncologia, e os demandam muito sobre isso. [...] Então, a oportunidade de saber mais sobre o cuidado espiritual, a gente pode ir longe, isso deu um direcionamento para a gente **(E6)**.

E assim... vou logo para o histórico, já vejo a parte psicoespiritual lá (eu pouco preenchia, mas depois do seu trabalho... não tem como não preencher mais), aí já lembro dos diagnósticos, já lembro dos cuidados... isso foi bom, uma coisa já vai sinalizando a outra. Quanto tenho um plantão tranquilo, já vou revisando e acrescentando isso nos prontuários **(E9)**.

Foi tão bom participar das oficinas, e eu mesma estou aplicando até em minha vida. Estamos sempre utilizando aqui nos prontuários e lembrando de considerar isso nos pacientes. Hoje eu faço a minha abordagem com outro olhar **(E10)**.

**E4** e **E6** comentaram sobre o quão foi importante a oportunidade de participar da PA para o aprimoramento profissional e pessoal, e refletem como podem prestar o cuidado à dimensão espiritual, quando se deparam com essa possibilidade.

**E9** e **E10** falam sobre a relevância que a ação educativa demarcou no seguimento do PE, com vistas à dimensão espiritual, pois as participantes começaram a se atentar para o HE, DE, cuidados de enfermagem e evolução.

Para além, os discursos abaixo abordam sobre a incorporação desse cuidado e a documentação, à medida que houve a visualização da dimensão espiritual humana como parte de um todo e conscientização de que o cuidado espiritual está respaldado na literatura, devendo estar inserido na assistência de enfermagem:

[...] vou logo para o histórico, já vejo a parte psicoespiritual lá (eu pouco preenchia, mas depois do seu trabalho... não tem como passar um filme na cabeça), aí já lembro dos diagnósticos, já lembro dos cuidados... isso foi bom, uma coisa já vai sinalizando a outra. Quanto tenho um plantão tranquilo, já vou revisando e atualizando todos os prontuários (**E9**).

A gente já fazia um pouco desse cuidado, mas não tinha nada documentado, agora está documentado o que a gente faz. Agora a gente vê como cuidado de enfermagem mesmo (**TE2**).

A gente fazia alguma coisa do cuidado espiritual, mas a gente não considerava cuidado. Hoje fazemos e estamos atentos a isso. Eu ouço até a sua voz falando disso!! (Risos). A gente conseguiu entender que o espiritual caminha lado a lado do biológico, e estando na prescrição a gente incorporou como cuidado (**TE6**).

Recentemente eu ouvi de uma pessoa: “Isso aqui é novo na prescrição de enfermagem, não é?” aí me disse assim: “Ah, eu não pude participar do estudo”, eu disse: “Pois a gente está começando a introduzir, agora todas vão ter”. Aí eu expliquei umas coisas que discutimos no estudo para ela. A pessoa leu (a prescrição) e gostou, aí disse: tem um paciente mesmo que está bem sensível com a situação dele, a gente o incentiva a buscar a crença dele, a fazer leitura, ouvir orações e buscar a fé que ele acredita, a crença que ele acredita. A gente já fazia um pouco aqui. E agora a gente checa e anota (**TE11**).

**TE11** fala sobre seu papel como disseminador do aprendizado, visto que dialoga sobre o ensino-aprendizagem possibilitado na ação educativa, e o interesse de membros da equipe, ao identificarem cuidados que eram inexistentes na prescrição de enfermagem, e relata a experiência de um colega que relaciona os cuidados lidos a um paciente cuidado por ele. Para Freire, a busca permanente de si mesmo é a base da educação transformadora, quando todos estão em processo de ensino e aprendizagem, partindo da ignorância à necessidade de uma superação constante (FREIRE, 2011b).

Participar das oficinas foi muito positivo! [...] porque a gente nunca saberia o que o colega pode contribuir de fato[...] A gente sempre comenta das oficinas



lá no posto quando vamos fazer as checagens, ou algum paciente está rezando ou pede o líder religioso, e antes, isso não chamava a nossa atenção **(E4)**.

E a gente ganhou mais conhecimento, a oportunidade de discutir com as técnicas de enfermagem todas as etapas, o que nunca aconteceu aqui. E saber o que meus colegas pensam também, para que possamos juntos traçar cuidados, participar das oficinas fez a gente ouvir o outro e saber que as ideias podem ser ampliadas. Foi muita transformação em mim, nas minhas condutas aqui **(E9)**.

**E4** e **E9** mencionaram que as oficinas possibilitaram a escuta entre o grupo, o que aconteceu por meio da dialogicidade empática. Isso remete ao que Freire defende, que diálogo é percebido na ação entre diferentes sujeitos sociais que, em espaços diversos, têm a palavra ressignificada, ou a ressignificam. Assim, a importância de se referenciar a categoria do diálogo está na aceção de que os sujeitos vivenciam experiências de letramento e aprendem com tais experiências nas interações com outros sujeitos (FREIRE, 2015).

O autor desenvolveu uma concepção de educação como: prática de liberdade; diálogo, conscientização; ato de reflexão; meio de democratização da cultura e oportunidade de reflexão sobre o mundo e o homem. Freire afasta a educação de um caráter mecanicista de aquisição de uma técnica de codificação e decodificação, entendendo-a como um ato de reflexão, diálogo, criação, conscientização e libertação; entretanto, estritamente vinculado ao contexto social local e temporal (FREIRE, 2015).

Quando questionados sobre as mudanças identificadas no cotidiano da pessoa com câncer hospitalizada após a ação educativa, obteve-se retornos positivos e as participantes demonstraram preocupação sobre a continuidade desse cuidado espiritual implementado na unidade, conforme falas a seguir:

Me fez refletir sobre o distanciamento da nossa profissão e essa percepção nos leva a valorizar o que é nossa função**(E8)**.

Foram muitos conhecimentos agregados relacionados a esse tema. O que mudou foi essa participação do grupo para ter o olhar diferenciado para assistência o paciente. Precisamos manter essa atenção aqui e não dos deixar levar pelos costumes da predominância biológica**(E6)**.

É atenção diária, precisamos ficar atentos para continuar firme com esse cuidado integral aqui. Estamos animados!**(TE5)**.

**E8** refletiu sobre o distanciamento daquilo que compete a função de enfermeira e acredita que inserir à dimensão espiritual no PE é estar valorizando a sua profissão. **E6** fala sobre muitos conhecimentos adquiridos para o desenvolvimento do olhar diferenciado, e reforça o desejo de manter o apoio espiritual à pessoa com câncer hospitalizada, afastando-se do costume para a ênfase no cuidado biológico. **TE5** relata a animação em continuar com essa atenção diária.

Para além do conhecimento construído de maneira coletiva, as participantes relataram que seria necessário manter vigilância contínua sobre a aplicação do cuidado espiritual na prática, para que houvesse o cuidado integral, amplo e humano, com o raciocínio lógico assistencial em uma rotina diária com intensas atividades. Para tanto, será necessário lutar pela “liberdade”, que só é alcançada quando o educador assume o compromisso de fazer emergir o potencial humano de cada educando, transformando a educação num instrumento de libertação humana e não de domesticação (FREIRE, 2013).

Desta forma, para resgatar a sua humanização é necessário que as situações-limite sejam superadas pelas participantes, a partir da crença do inédito viável – “crença no sonho possível e na utopia que virá, desde que aqueles que fazem a história assim o desejem” (VASCONCELOS; BRITO, 2011; p.126). E assim, pesquisadoras e participantes estão atentos a promoverem diretamente a ação humana para a mudança contínua.

Com muita surpresa, as participantes relataram experiências na oferta de cuidados à dimensão espiritual, até então nunca praticados. A fala abaixo descreve o despertar para o agir, após a ação-reflexão-ação e problematização nas atividades educativas.

Fácil não é, mas é preciso começar! Você acredita que eu fiz uma oração com paciente duas vezes? Eu nunca tinha feito isso, me deu uma emoção, e eu senti que fez tão bem a eles. Foi assim: uma paciente era pós-transplante de medula, e o outro em cuidados paliativos, este estava bem debilitado, sem conversar, perguntei a ele se estava praticando suas orações, ele disse que não, estava lucido e orientado, aí eu convidei para fazermos uma oração juntos... segurei suas mãos, e até o familiar pediu para participar. No final do plantão seguinte ele faleceu, me senti diferente por ter feito isso com ele. Foi incrível, porque eu nunca tinha feito e nem pensado em fazer isso (E6).

Eu mesma, quando estou chegando no leito e vejo que estão orando, ouvindo o bispo 05/06h da manhã, eu saio e volto depois. Se não é urgente, deixo paciente praticar a religiosidade dele... eu refleti muito sobre o respeito nas oficinas, e vejo que faz a diferença para eles, porque a jornada é árdua. E eu preciso incentivar o momento deles e da fé (TE6).

E6 relatou dois momentos de oração, como cuidado espiritual praticado à pessoa sob seus cuidados, de maneira surpreendente. TE6 destaca o aprendizado sobre o respeito aos momentos em que a pessoa necessita de suas práticas espirituais no leito hospitalar, podendo algumas ações de saúde serem postergadas, a fim de possibilitar esse acesso ao que conforta, acolhe e impulsiona.

De modo geral, verifica-se uma sensibilização da equipe de enfermagem e efetividade da ação educativa, valendo destacar que o educando, em algum momento de sua vida, decodifica as informações recebidas, baseado em vivências, transformando-as em conhecimento, aprendizagem, no seu tempo de aprender. Vieira e Silva (2019) afirmam que tal

compreensão é fundamental para evitar equívocos quanto à potencialidade de aprendizado do educando, e em contrapartida, lança o desafio da construção de um processo educacional que busque sua autonomia e consequente “liberdade humana”, definida por Freire (2005) como vocação ontológica que não pode ser negada.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar na proposta do estudo com a realização de uma ação educativa para implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer, considerei pertinente analisar o cuidado de enfermagem a partir da perspectiva freireana, para compreender o ato de cuidar/educar. Somando a isso, o uso da metodologia da PA promoveu a ação humana para a mudança, indo ao encontro dos construtos de Paulo Freire.

O perfil encontrado foi de 13 técnicas de enfermagem e nove enfermeiras, com idade entre 29 e 60 anos, a maioria possui afiliação religiosa ou alguma crença, possuem tempo considerável na profissão, na área oncológica e na unidade lotada, e apesar de observarem práticas espirituais dos pacientes, ofereceriam algum apoio espiritual de maneira tímida e inconscientes de que praticavam alguma atenção espiritual não incorporada como cuidado. Embora mencionem sobrecarga de trabalho com pacientes que demandam uma rotina de procedimentos, administração de medicamentos, hemocomponentes e grande possibilidade de intercorrências, despertaram para implementar os DE e cuidados de enfermagem em sua rotina de trabalho.

Inicialmente, foi necessário o diagnóstico situacional da realidade centrada no diálogo e fundamentada em uma relação pedagógica entre a pesquisadora e as participantes, que buscou a problematização da realidade. As participantes trouxeram à tona uma realidade que somente poderia ser revelada através de tecnologias educativas, na qual o empenho e a ação dos interessados fossem absolutamente essenciais no processo de implementação.

O planejamento das ações se deu com a proposta de temas a serem trabalhados com a implicação dos envolvidos, estimulando a sua capacidade estratégica e resolutiva em uma relação solidária, além da consciência e reconhecimento de uma realidade descortinada que precisava de intervenção, a fim de ampliar o cuidado à pessoa com câncer. Esse exercício só foi possível por ter estimulado seres conscientes e transformadores da vivência por meio de sua criatividade, do saber compartilhado e do diálogo, em que a palavra foi à práxis para transformar a realidade. A conscientização foi decisiva para transformação do ser-enfermeira e do ser-técnica de enfermagem no cuidado à dimensão espiritual da pessoa com câncer.

Para isso, foi preciso que a pesquisadora atuasse junto na criação das possibilidades para a produção do conhecimento, estimulando à capacidade crítica, a reflexão, curiosidade e inquietação das participantes do estudo. Assim, foi possível despertar para a necessidade do cuidado transformador, com a inserção da dimensão espiritual na prática das participantes. A concretização dessa atitude transformadora se deu para o aprendizado de um profissional capaz

de atender às necessidades espirituais a partir da autonomia, comunicação, liderança e gerenciamento do PE, mediada por uma prática pedagógica libertadora, centrada no diálogo e fundamentada em uma relação pedagógica entre o pesquisador e participantes, todos em busca da libertação e humanidade.

Na fase de implementação das ações planejadas, valorizou-se a contextualização da realidade de forma crítica e politizada, a crença e os conhecimentos das participantes aplicados no seu dia a dia, sendo a pesquisadora uma mediadora da aprendizagem através do diálogo. A relação pesquisadora-equipe de enfermagem foi enriquecedora, aberta e democrática, o que estimulou a motivação e o movimento para a mudança almejada.

Na perspectiva do diálogo e da educação problematizadora-libertadora, foi considerada as diversas formas de expressão das participantes, valorizando as suas falas, mediatizadas por metodologias participativas, sendo elas no estudo: o mapa falante e as oficinas educativas. O respeito, a empatia e a relação de horizontalidade possibilitaram o resgate da humanização, destacando que a humanização dos sujeitos é, sem dúvida, um empenho proveniente dos construtos freireanos, posiciona-se de forma crítica e se aplica a diversos desafios contemporâneos, como os aqui apresentados. Ao desenvolverem a ação educativa, as participantes conquistaram seu espaço no cuidado à dimensão espiritual e sentiram-se fortalecidos para continuar um processo que, todos acreditaram e aderiram não mais como uma proposta, mas como um propósito de trabalho integral, de construção da autonomia e da libertação.

Apesar de ter sido realizado em apenas uma unidade hospitalar, não pairam dúvidas de que o estudo possa contribuir para que as equipes de enfermagem reflexionem sobre sua prática de cuidado à pessoa em adoecimento por câncer e doenças sem possibilidades terapêuticas, na perspectiva de valorar a espiritualidade/religiosidade, de modo a assegurar que o cuidado não englobe somente aos aspectos biopsicológicos.

Foi comprovada a relevância de que os profissionais de enfermagem considerem as crenças, saberes, valores e o sentidos que é atribuído à espiritualidade, religiosidade e fé de quem vive a internação hospitalar com a doença oncológica, inserindo a dimensão espiritual no PE. Por fim, os resultados advindos deste estudo são úteis para que se estabeleça uma nova relação entre equipe de enfermagem, pacientes, gestores e pesquisadores, em uma interatividade e compromisso proporcionada pela metodologia da PA.

Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a gestão de enfermagem, fornecendo elementos do movimento ensino-aprendizado para a ampliação do cuidado espiritual à pessoa enferma, em especial àquela que vivencia o câncer. Salienta-se que, a prática de atividades

participativas desenvolvidas com enfermeiras e técnicas de enfermagem pode ser exitosa, visto que permite o diálogo aberto, interativo e reflexivo, além de buscar constantemente a transformação positiva da realidade.

Em síntese, esta tese resultou da experiência do entendimento sobre o potencial formativo do pensamento freireano para orientar a reflexão sobre a prática dialógica, tendo em vista constituir processos educativos emancipatórios para os envolvidos, contribuindo, assim, para a ciência e conhecimento da realidade educativa. Ampliar essa compreensão é uma esperança que desafia a pesquisa e o ensino em diversos locais.

Por fim, fica confirmada a tese de que a realização de ações educativas e a educação problematizadora com enfermeiras e técnicas de enfermagem que cuidam de pessoas com câncer possibilitam estratégias para a assistência à dimensão espiritual, com inserção desta no PE.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2ª ed. São Paulo: Casapsi; 2013.

AMESTOY, S. C. *et al.* Contributions of Paulo Freire to understanding the dialogic leadership exercise of nurses in the hospital setting. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 1, e64764, 2017

ANDRADE, S. A. J. A. **Motivação, uma necessidade intrínseca do ser humano**. 2017. Psicologia, O portal dos Psicólogos. Disponível em: <[https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_opinio.php?motivacao-uma-necessidade-intrinseca-do-ser-humano&codigo=AOP0443](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_opinio.php?motivacao-uma-necessidade-intrinseca-do-ser-humano&codigo=AOP0443)>. Acesso em: 08 mar 2023.

ARRIEIRA, I. C. O. *et al.* The meaning of spirituality in the transience of life. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170012, 2017.

ASSIS, T. S. Entre o religioso e o secular: a espiritualidade em um mundo sem religião. **CS Online Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 29, p. 246-259, 2019.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Líber Livro, 2002.

BARBOSA, F. S. B. V. *et al.* As Contribuições da Educação Popular, no Livro de Pedagogia do Oprimido, Segundo Paulo Freire. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 9, n. 17, p. 166-174, 2020.

BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. Caring field: a quantum and transpersonal approach to nursing care. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 12, n. 3, p. 606-611, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ráspolis/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 03/01/2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 05/01/19.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 580 de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre a regulamentação do disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em 05/01/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF, 2009b. (Série A. Normas e Manuais

Técnicos). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf)>. Acesso em 10 de out. de 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. 2006. v. 9). Disponível em: < [http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude\\_V9.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf)>. Acesso em 10 de out. de 2020.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol.** v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAUN, V.; CLARKE, V.; GRAY, D. **Coleta de dados qualitativos: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2019. p 391.

BREDA, K. M. L. Participatory Action Research. In: Chesnay M, editor. **Nursing research using Participatory Action Research**. Qualitative Designs and Methods in Nursing. New York: Springer Publishing Company; 2015.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Câncer em idosos: a sobrevivência em foco. **FisiSenectus**. Unochapecó, ano 4, n. 2, p. 1-2, 2016.

BUTCHER, H. K. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2022.

CALDEIRA, S. *et al.* Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the SWBQ as component of holistic nursing diagnosis. **J. Relig Health**, v. 56, n. 4, p. 1489-1502, 2017.

CAMARGO, D. **Psicologia Organizacional**. 2. ed. Santa Catarina: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

CARDOSO, R. S. S. *et al.* Educational technology: a facilitating instrument for the elderly care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 786-792, 2018.

CARVALHO, E. O.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. C. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 3, p. 662-668, 2017.

CARVALHO, K. M. *et al.* Educational interventions for the health promotion of the elderly: integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.31, n. 4, p. 446-454, 2018.

CAVALCANTI, T. M. *et al.* **Hierarquia das Necessidades de Maslow**: Validação de um Instrumento. **Psicologia: Ciência e Profissão**; v. 39, e183408; p: 1-13; 2019.

CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P.; BROUSSELE, A. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; HARTZ, Zulmira, (org.) **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.41-60.



CHAVES, A. C. *et al.* Educação e espiritualidade como experiências fundamentais para humanização em Paulo Freire. **Revista Ciência em Movimento - Educação e Direitos Humanos**. v. 18, n. 37, p. 37-46, 2016.

CHAVES, A. F. L. *et al.* Percepções de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o cuidado a pacientes oncológicos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, p. 91-97, 2020.

CHENG, Q. *et al.* Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 1, p. 1-7, 2019.

COLLIÈRIE, M. F. **Cuidar: A primeira arte da vida**. 2. ed. Lusociência; 2003.

CONNOLLY, M.; TIMMINS, F. Spiritual care for individuals with cancer: the importance of life review as a tool for promoting spiritual well-being. **Seminários de Enfermagem em Oncologia**, v. 37, n. 5,151209, p. 1-3, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Cofen realiza consulta pública sobre Processo de Enfermagem. **Atualização da resolução COFEN n.358/2009**. Brasília, DF: COFEN; 2023 [citado em 16 mar 2023]. Disponível em: <<https://consultapublica.cofen.gov.br/cofen/32/proposicao>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN n.358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, DF: COFEN; 2009 [citado em 28 dez 2019]. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen3582009_4384.html)>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. 2015**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfilda-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfilda-enfermagem_31258.html). Acesso em: 09 out. 2022.

COSTA, D. T. *et al.* Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 640-654, 2019.

DIDOMÊNICO, L. S. S. *et al.* Espiritualidade no cuidado em saúde e enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, p. 1-10, 2019.

ESPINDOLA, B. C.; SABÓIA, V. M.; AMARAL, R. A. Mapa Falante como instrumento de produção de dados na pesquisa qualitativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e882974883, 2020.

ESPINOZA, L. M. M. **A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de enfermeiras**, 2007. 202f[Tese de Doutorado],Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC).

FARINHAS, G. V.; WENDLING M. I.; DELLAZZANA-ZANON L. L. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família: Um Estudo de Caso a Partir da Percepção do Cuidador. **Pensando Famílias**, v.17, n. 2, p. 111-129, 2013.

FERREIRA, L. F. *et al.* Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, p. e-07422, 2020.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 356-362, 2017.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **A educação na cidade**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Educação e Atualidade Brasileira**. São Paulo: Cortez Editora/Instituto Paulo Freire, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2011a.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011b. p. 111.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 54ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2013.

\_\_\_\_\_. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 15ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz & Terra, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. 3a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 40ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2017.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 2018.

FREITAS, R. A. **Sentido da espiritualidade e da religiosidade no vivido da pessoa idosa com câncer**. 137p. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

FREITAS, R. A. *et al.* Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. e20190034, p. 1-8, 2020.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26, 265-272, 2010.

FONSECA, L. H. B. *et al.* **Planejamento de Enfermagem – terceira etapa do processo de enfermagem**. In: NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis - GO: Editora IGM, 2020, p. 103-112.

GARCIA, S. N. *et al.* Quality of life domains affected in women with breast cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, 89-96, 2015.

GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

GOMES, C. S. F.; GUERRA, M. G. G. Educação dialógica: a perspectiva de Paulo Freire para o mundo da educação. **Revista Edição Popular**, v. 19, n. 3, p. 4-15, 2020.

GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: contributions to the changing strategies for teaching medicine. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.3, p. 299-307, 2014.

GONÇALVEZ, A. M.; SENA, R. R. A pedagogia do cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. ½, p. 41-45, 1999.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. 10. ed. – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2016. 600p.

HENNING-GERONASSO, M. C.; MORE, C. L. O. O campo. Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 35, n. 3, p. 711-725, 2015.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

HSIEH, S. I. *et al.* Factors associated with spiritual care competencies in Taiwan's clinical nurses: A descriptive correlational study. **J Clin Nurs**. v. 29, n 9-10, p. 1599-1613, 2020.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q.; PUGGINA, A. C. Does the spirituality of nurses interfere in the record of spiritual suffering diagnosis? **Escola Anna Nery**. v. 22, n. 1, p. 1-10, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer/ Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Cláudio Santos Thuler**. 6. Ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2020, p. 112. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em 20 set. 2020

\_\_\_\_\_. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer/ Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Cláudio Santos Thuler**. 5. Ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2019, p. 111. Disponível

em:<[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro-abc-5-edicao\\_1.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro-abc-5-edicao_1.pdf)>. Acesso em 20 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Estimativa de 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em 29 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. **Brasil-estimativa para novos casos: estimativas para o ano de 2023.** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/brasil>. Acesso em 28 dez. 2022.

JILOU, V. *et al.* Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e20190628, 2021.

JESUS, M. C. P. *et al.* Permanent education in nursing in a university hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011.

JORGE, J. Simões. **A ideologia de Paulo Freire.** São Paulo: Loyola, 1979.

KAMIJO, Y.; MIYAMURA, T. Spirituality and associated factor among cancer patients undergoing chemotherapy. **Jpn J Nurs Sci**. v. 17, n. 1, 12276, 2020.

KOENIG, H. **Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications.** ISRN Psychiatry, p. 1-33, 2012.

KOERICH, M. S. *et al.* Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 717-723, 2009.

KOSHI, V. **Action research for improving practice: a practical guide.** London: Sage Publications; 2005.

KOSHI, E.; KOSHI, V.; WATERMAN, H. **Action Research in Healthcare.** London: Sage Publications; 2011.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** 10. ed. São Paulo-SP: Wmf Martins Fontes, 2017. p. 304.

LIMA, L. G.; GONÇALVES, J. R. Espiritualidade em pacientes oncológicos: a compreensão da enfermagem na dimensão espiritual. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 12-27, 2020.

LISBOA, I. N. D.; VALENÇA, M. P. Caracterização de Pacientes com Feridas Neoplásicas. **Revista Estima**. v. 14, n. 1, p. 21-28, 2016.

LUZ, K. R. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFPE online**. v. 10, n. 9, p. 3369-3376, 2016.

MARIA, V. L. R. Conselho Federal de Enfermagem (MT). **Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2020. Disponível em: [http://www.coren-mt.gov.br/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem\\_12157.html](https://http://www.coren-mt.gov.br/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem_12157.html). Acesso: 04 abr. 2023.

MARTINS, A. M.; Nascimento, A. R. A. Representações sociais de corpo após o adoecimento por câncer na próstata. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n.3, p. 371-381, 2017.

MAXQDA. **Software for qualitative data analysis**. Version 2020plus student. Número de série: MQST20-ELuC37-BqoG6g-1HN6bL-49Abaj. Disponível em: [https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=EAIAIQobChMIka3JuKeq9wIVAsORCh3ASAMfEAAYASAAEgJN1\\_D\\_BwE](https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=EAIAIQobChMIka3JuKeq9wIVAsORCh3ASAMfEAAYASAAEgJN1_D_BwE). Acesso em: 03 nov. 2022.

MENDONÇA, A. G. República e pluralidade religiosa no Brasil. **Revista USP**, n. 59, p. 144-163, 2003.

MENDONÇA, A. B. **O sofrimento de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico: sistematização da assistência de enfermagem na dimensão espiritual** [Dissertação de Mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem; 2019. 396p.

MIQUELATTO, M. *et al.* Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação final de vida. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p.1016-1027, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MISKOVIC, M.; HOOP, K. Action Research Meets Critical Pedagogy: Theory, Practice, and Reflection. **Qualitative Inquiry**, v. 12, n. 2, p. 269–291, 2006.

MONTEIRO, P. V. *et al.* **Em busca do cuidado clínico em enfermagem**. In: Moreira TMM, Monteiro ARM, Silva LMS, Rodrigues DP, organizadoras. O cuidado clínico de enfermagem. Fortaleza: EdUECE, 2015, p. 17-35. Disponível em: <<http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/OCUIDADO-CLINICO-DE-EFERMAGEM-EBOOK.pdf>>. Acesso em: 02 out 2022.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed. 2010.

MOOSAVI, S. *et al.* Consequences of spiritual care for câncer patients and oncology nurses: a qualitative study. **Asia Pac J OncolNurs**. v.6, n. 2, p. 137-144, 2019.

MORAIS, D. N. L. R.; BARROS, A. C. Além da Medicina: estratégias de fé no enfrentamento do câncer. **Brazilian Applied Science Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 157-175, 2020.

MOREIRA, L. H. D. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão dos enfermeiros. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e24510212508, 2021.

MORETTI-PIRES, R. O. O pensamento freiriano como superação de desafios do ensino para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 2, p. 255-263, 2012.

MORSE, J. M. **Qualitative Health Research: creating a new discipline**. Walnut Creek, CA: Left Coast Press Inc.; 2012.

NISSEN, R. D.; VIFTRUP, D. T.; HVIDT, N. C. The process of spiritual care. **Front Psychol.**, v. 12, 674453, 2021.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 179-192, 2016.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: na experience report in interview with school children. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.71, n. 1, p. 228-233, 2018.

NEGREIROS, F. D. S. *et al.* A importância do pensamento lógico para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 43, e20200473, 2022.

NEJAT, N.; WHITEHEAD, L.; CROWE, M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. **Contemp Nurse**, v. 53, n. 1, p. 48-59, 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023**. 12. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2021. 1187p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Câncer**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1). Acesso em 29 de ago. de 2022.

OLYMPPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Jogo de tabuleiro: uma gerontotecnologia na clínica do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 818-826, 2018.

OLIVEIRA, S. S. W. *et al.* Spirituality in coping with pain in oncological patients: systematic review. **BrJP**, v. 3, n. 2, p. 158-163, 2020.

OLIVEIRA, P. F.; QUELUZ, F. N. F. R. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 142-155, 2016.

ONWUEGBUZIE, A. J. *et al.* Toward more rigor in focus group research: A new framework for collecting and analyzing focus group data. **International Journal of Qualitative Methods**. v. 8, n. 3, p. 1-21, 2009.

PARK, C. L. *et al.* Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 40, n. 1, p. 39–51, 2017.

PETERSEN, C. L. *et al.* An Online Educational Program Improves Pediatric Oncology Nurses' Knowledge, Attitudes, and Spiritual Care Competence. **J Pediatr Oncol Nurs**. v. 34, n. 2, p. 130-139, 2017.

PINTO, A. C. *et al.* A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista saúde.com**. v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. **ESMO Open**, v. 4, n. 1, p. e000465, 2019.

RAMOS C. F. V. *et al.* Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 73, n. 5, e20180969. p. 1-9 2020.

SAMPAIO, A. D.; SIQUEIRA, H. C. H. Influência da espiritualidade no tratamento do usuário oncológico: olhar da enfermagem. **Ensaios CiencBiol Agrar Saúde**. v. 20, n. 3, p. 51-58, 2016.

SANTANA, R. F. Sistematização da assistência de enfermagem uma invenção brasileira? **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 8, n. 2, p. 1-2, 2019.

SANTOS, D. M. *et al.* Development and implementation of a nursing patient history in Pediatric Intensive Care. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 29, n. 2, p. 136-145, 2016.

SANTOS, A. A.; PEKELMAN, R. A escola, o território e o lugar: a promoção de espaços de saúde. **Revista OKARA. Geografia em debate**. v. 2, n. 1, p. 3-11, 2008.

SANTOS, G. L. A. *et al.* Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. v. 55, e03766, 2021.

SANTOS, I. M. F. *et al* (Orgs). **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático**. Salvador: COREN - BA, 2016. p. 40. Disponível em:<[http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA\\_PRATICO\\_148X210\\_COREN.pdf](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf)>. Acesso: 01 out. 2022.

SILVA, C. G. *et al.* Doenças terminais, conhecimento essencial para o profissional da saúde. **Psicol. Argum**. v. 31, n. 72, p. 137-144, 2013.

SILVA, E. F. G.; SANTOS, S. E. B. Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 9, n. 3, p. 110-126, 2017.

SILVA, G. C. N. *et al.* Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1534-1540, 2019.

SILVA, J. S. *et al.* Etapas do processo de enfermagem. **Revista Saúde em Foco**. v. 9, p. 594-603, 2017.

SILVA, L. S. *et al.* Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n.23, p. 111-120, 2019.

SILVA, L. H.; DIONIZIO NETO, M. A significação da filosofia da educação como disciplina obrigatória à formação do enfermeiro. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**. 2 supl., p. 571-577, 2019.

- SILVA, N. L.; COUTO, M. E. S. O pensamento pedagógico de Paulo Freire e o ensino de matemática na educação de jovens e adultos. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz do Sul, v. 26, n. 1, p. 66-86, 2018.
- SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc Anna Nery**, v.15, n.1, p.180-185, jan-mar. 2011.
- SOFIATI, F. M.; MOREIRA, A. S. Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 277-301, 2018.
- SOUSA, A. T. O., et al. Using the theory of meaningful learning in nursing education. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 4, p. 713-722, 2015.
- SPINK, M. J., MEGANON, V.M., MEDRADO. B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológica a aplicações éticas-políticas. **Psicologia social**. v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
- \_\_\_\_\_. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção dos conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. (Org.). **A pesquisa ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo: Annablume; FEUSP, PROCAM, IEE, FAPESP, 2012.
- TOLOI, D. A. *et al.* Spirituality in oncology - a consensus by the Brazilian Society of Clinical Oncology. **Brazilian Journal of Oncology**. v. 18:e-20220352, 2022.
- TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. v. 31, n. 3, p. 443-446, 2005.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa**. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
- UNITED STATES. Department of Health e Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Health-Related Quality of Life (HRQOL)**, 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- VAISMORADI, M. *et al.* The medevlopment in qualitative content analysis and thematic analysis. **Journal of Nursing Education and Practice**. v. 6, n. 5, p. 100-110, 2016.
- VASCONCELOS, M. L. M; BRITO, R. H. P. **Conceitos de educação em Paulo Freire: glossário**. 5.ed. Petrópolis, São Paulo: Vozes, 2011.
- VIEIRA, S. L; SILVA, G. T. R. Educação profissional técnica de nível médio em saúde e em enfermagem: diálogo com o pensamento freiriano. **Estudos IAT**, v.4, n. 2, p. 126-141, 2019.
- VICENTE, C. *et al.* Care for the person with oncological wound: permanent education in nursing mediated by educational Technologies. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. e20180483, p. 1-7, 2019.



VINCENSI, B. B. Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. **Asia Pac J Oncol Nurs**. v. 6, n. 2, p. 104-110, 2019.

ZANOTTI, C. A.; CAMARGO, R. L. C. Paulo VI e a mediação do catolicismo. **Intersecções**, Rio de Janeiro, v. 11, 2018.

ZERBETTO, S. R. *et al.* Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170005, 2017.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem**. Petrópolis: Vozes; 2008.

WEYH, L. F.; NEHRING, C. M.; WEYH, C. B. A educação problematizadora de Paulo Freire no processo de ensino-aprendizagem com as novas tecnologias. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 44497-44507, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 pp. 1998.

## APÊNDICE A – Descrição da busca nas bases de dados

Na PubMed foram cruzados os descritores: “*spirituality AND neoplasm AND “nursing care”*” e “*religion AND neoplasm AND “nursing care”*”, o que resultou 83 artigos científicos, sendo 77 do primeiro cruzamento e 39 do segundo. Dos 116 artigos, nove estavam duplicados, restando 107 artigos. Todos os manuscritos tratavam dos benefícios da espiritualidade e da religiosidade em diversos tipos de neoplasias e em cuidados paliativos, porém, apenas oito apresentavam temática próximas ao objeto de estudo, sendo o foco o cuidado e a assistência espiritual, quais foram: *The role of spirituality in nursing care: a literature review*; *The effect of applying Spiritual Care Model on well-being and quality of care in cancer patients*; *Loneliness, Death Perception, and Spiritual Well-Being in Adult Oncology Patients*; *Nurses caring for the spirit: patients with cancer and Family caregiver expectations*; *Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis*; *Nursing intervention to increase hope in cancer patients*; *Nurse Spiritual Therapeutics Scale: Psychometric evaluation among cancer patients*; *Cognitive strategies used in adapting to a cancer diagnosis*. Salienta-se que apenas um artigo citava alguns cuidados práticos feito pela equipe de enfermagem: *Nurses caring for the spirit: patients with cancer and Family caregiver expectations*.

Na base LILACS foram cruzados os descritores: “*spirituality AND neoplasm AND “nursing care”*” e “*religion AND neoplasm AND “nursing care”*”, sendo encontrados 107 artigos; destes, apenas três se aproximam com a temática: *O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura*; *Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson*; *O sofrimento e espiritualidade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico: sistematização da assistência de enfermagem na dimensão espiritual*

Na base MEDLINE, utilizando os cruzamentos dos descritores acima, foram encontrados 208 artigos, no entanto, apenas três relacionava-se ao tema: *Assessing the Spiritual Needs and Practices of Oncology Patients in Turkey*; *Spiritually Journeying through illness: default or devoted God?*; *Using Religious Songs as an Integrative and Complementary Therapy for the Management of Psychological Symptoms Among African American Cancer Survivors*; e, os oito manuscritos encontrados, também, na *Pubmed*.

Na base SciELO foram cruzados os descritores: *spirituality AND neoplasm AND “nursing care”* e “*religion AND neoplasm AND “Nursing care”*”, nenhum artigo foi encontrado. Cruzando os descritores “*espiritualidade AND neoplasias AND “cuidados de*

enfermagem” e “religião *AND* neoplasias *AND* “cuidados de enfermagem” também não foram encontrados artigos.

Na BDENF, ao cruzar os descritores: “espiritualidade *AND* neoplasias *AND* “cuidados de enfermagem” e “religião *AND* neoplasias *AND* “cuidados de enfermagem” foram encontrados 33 artigos do primeiro cruzamento, nove do segundo cruzamento, porém apenas um que se aproxima à temática, a saber: A condição da espiritualidade na assistência de enfermagem oncológica.

No portal CAPES, utilizando o cruzamento “espiritualidade *AND* neoplasias *AND* “cuidados de enfermagem” e “religião *AND* neoplasias *AND* “cuidados de enfermagem” foram encontradas sete dissertações de mestrado e duas teses de doutorado, que foram publicadas entre 2011 e 2018; e, apenas duas dissertações de mestrado se aproxima da temática do estudo: “Suporte espiritual e religioso a pacientes com câncer, sob os cuidados paliativos, internados no A.C.Camargo Câncer Center” e “O sofrimento de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico: sistematização da assistência de enfermagem na dimensão espiritual”.

**APÊNDICE B – Questionário**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**DADOS DAS PARTICIPANTES**

Data:	
Identificação:	
Idade:	
Raça/cor autodeclarada:	
Sexo:	
Categoria profissional:	
Titulação máxima:	
Tempo de atuação profissional:	
Número de vínculos:	
Carga Horária semanal:	
Tempo de atuação na unidade de oncologia:	
Afiliação religiosa:	

**APÊNDICE C – Roteiro- diário de campo****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Fases da Pesquisa-Ação:**

- ( ) Mapa Falante
- ( ) 1ª Oficina
- ( ) 2ª Oficina
- ( ) 3ª Oficina
- ( ) 4ª Oficina – avaliação final

- 1) Como se apresenta a interação entre as participantes?
- 2) Como se apresenta a receptividade das participantes?
- 3) Quais aspectos da comunicação não-verbal foram evidenciados?
- 4) Identificação e ordem das falas das participantes
- 5) Relato de acontecimentos durante o encontro
- 6) Comentários e reflexões

**APÊNDICE D – Roteiro do mapa falante****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Duração: \_\_\_\_\_ minutos

**Objetivos:** Conhecer as características das participantes, através da aplicação do questionário de caracterização; estabelecer o acolhimento e diálogo; facilitar a expressão de percepções e conceitos de espiritualidade, religiosidade, religião e fé; resgatar as experiências e conceitos prévios acerca da temática; conhecer possíveis dificuldades e facilidades consideradas pela equipe de enfermagem na abordagem a dimensão espiritual da pessoa com câncer; conhecer se alguma forma o cuidado a dimensão espiritual acontece no cotidiano.

Iniciaremos com a apresentação das participantes (coordenadora, enfermeiras e técnicas de enfermagem e um vídeo com música “Tocando em Frente”, de Almir Sater. Foi questionado ao grupo: Como se sentiram ao assistir o vídeo? Como vocês relacionam a música a prática de vocês?

**Material:** Aparelho de som, músicas de relaxamento, 3 cartolinas para cada subgrupo, canetas, giz de cera, hidrocor e lápis de cor, gravador.

**ATIVIDADE 1:**

**Tema gerador:** Quando penso em espiritualidade entendo... Quando penso em religiosidade entendo... quando penso em religião entendo... quando penso em fé entendo...

**Atividade:** As participantes foram divididas em subgrupos, e juntos farão desenhos/escrita/criações sobre o que é espiritualidade, a religiosidade, a religião e a fé. Posteriormente haverá as apresentações dos desenhos.

**Discussão:** momento em que foram levantados conceitos e entendimentos prévios e vivências na prática sobre o binômio espiritualidade/religiosidade e mediação da pesquisadora.

**ATIVIDADE 2:**

**Tema gerador:** Considerar a espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer é importante porque...

**Atividade:** Os subgrupos discutirão sobre a forma como a espiritualidade e a religiosidade possuem importância no cuidado a pessoa com câncer e farão suas exposições por meio de desenhos, escritas e criação. Para nortear a atividade, foram distribuídos relatos de pacientes retirados da dissertação da pesquisadora, para impulsionar pensamentos sobre a temática (Os relatos são falas de pessoas em tratamento quimioterápico que vivenciam o cotidiano com os desafios diário, com o sofrimento, culpa, morte e apoio espiritual/religioso).

Discussão: momento de socialização dos subgrupos e mediação da pesquisadora para a construção de tópicos importantes concluídos com a atividade.

### ATIVIDADE 3:

Tema gerador: A espiritualidade e religiosidade em minha assistência acontece através das seguintes ações... As facilidades e dificuldades que encontro para isso estão pautadas em...

Atividade: Cada subgrupo irá expor o tema gerador através de desenhos, frases e criações, expondo como executam ações que julguem ser relacionadas à espiritualidade e a religiosidade e quais facilidade e dificuldades para tal.

Discussão: momento de socialização dos grupos e mediação da pesquisadora.

**Observação: após atividade, a pesquisadora fará uma avaliação do aproveitamento, podendo haver a necessidade de outro encontro.**

Ao final, foram feitos os agradecimentos, e o lanche foi servido.

## APÊNDICE E – Roteiro das oficinas educativas



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### **Oficina n. 01: “Os problemas acerca da espiritualidade e religiosidade e o Histórico de Enfermagem”**

##### Objetivos:

- Ampliar o conhecimento sobre a temática, em uma construção coletiva;
- Construir conteúdos relevantes à dimensão espiritual da pessoa com câncer através da identificação de problemas de enfermagem sobre a temática e PE.

##### Participantes:

- Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem.

Material utilizado: notebook, caixa de som, cartolina, fitas confeccionadas para colagem, pilotos e gravador.

Tempo: até 120 minutos, assim, as atividades serão cronometradas.

##### Atividades previstas/procedimentos:

- Apresentação dos objetivos da oficina; (Tempo: 2 minutos)
- Passagem do trecho de um documentário contendo a dimensão espiritual na abordagem a pessoa enferma, disponível em:  
<https://www.youtube.com/watch?v=ZUyEo7UU2eM>; (Tempo: 10 minutos)
- Discussão do documentário. (Tempo: 10 minutos)
- Divisão das participantes em subgrupos. Serão distribuídos um caso clínico sobre a temática para que as participantes identifiquem os problemas de enfermagem apresentados. No caso clínico apresentando, o que seria relevante para acréscimo no histórico? (Tempo: 20 minutos);
- As enfermeiras comentarão sobre o Histórico de Enfermagem da unidade no tópico relacionado a espiritualidade/religiosidade (que, na oportunidade, serão distribuídos), guiado pelo seguinte questionamento: você preenche esses tópicos, e por quê? A mediadora fará uma breve abordagem sobre os problemas de enfermagem e Histórico de Enfermagem, anamnese e exame físico como fase inicial do PE, em interação com os grupos. Para as técnicas de enfermagem será destacado a relevância das ações de cuidado descritas na prescrição de enfermagem proveniente das observações diárias, passagem de plantão e anotações de enfermagem; (Tempo: 15 minutos)
- Os subgrupos farão colagens sobre as fases do PE (serão distribuídas 5 fichas contendo (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação) (Tempo: 15 minutos).
- Intervalo: lanche disponibilizado pela pesquisadora; (Tempo: 10 minutos)
- Discussão em roda de conversa: novas reflexões serão construídas com o grupo e expostas em anotações; (Tempo: 33 minutos).
- Avaliação da oficina (Tempo: 5 minutos)



**Oficina n. 02: “Conhecendo os diagnósticos de enfermagem da NANDA-II, a NOC, e a aplicabilidade no Processo de Enfermagem”-II**

Objetivos:

- Conhecer os diagnósticos de enfermagem da NANDA-II e sua aplicabilidade;
- Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem à dimensão espiritual utilizando problemas de enfermagem dos casos clínicos utilizados na oficina n. 01;
- Conhecer o NOC e seu direcionamento para o cuidado.

Participantes:

- Enfermeiras.

Material utilizado: caixa de som, folhas de papel A4, livro da NANDA-II e NOC, impressos, canetas, lápis e borracha.

Tempo: até 130 minutos

Atividades previstas/procedimentos:

- Boas-vindas e apresentação dialogada dos objetivos da oficina(Tempo: 3 minutos);
- Visualização do vídeo “processo de Enfermagem e suas etapas”, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NQzWAw9LVLl&t=386s> (Tempo: 8 minutos);
- Discussão sobre o vídeo e resgate de construções relevantes (Tempo: 15 minutos);
- Apresentação da NANDA-II, NOC e indagação às participantes sobre diagnósticos de enfermagem através das seguintes questões disparadoras: por que estabelecemos os diagnósticos de enfermagem no prontuário eletrônico da instituição? Qual a utilidade dos diagnósticos de enfermagem? (Tempo: 20 minutos)
- As enfermeiras retornarão aos problemas de enfermagem listados na oficina anterior e farão consulta ao NANDA-II, pontuando, assim, diagnósticos para os problemas em uma construção coletiva(Tempo: 25 minutos);
- Intervalo: lanche disponibilizado pela pesquisadora (Tempo: 10 minutos).
- Os grupos discutirão os diagnósticos e relacionarão ao NOC, a fim de frisar os resultados esperados diante os problemas e diagnósticos encontrados (Tempo: 20 min).
- Discussão em roda de conversa, em que o grupo apresentará a sua construção, mediada pela pesquisadora (Tempo: 25 minutos).
- Pontuação de construções relevantes na oficina (Tempo: 15 min)
- Avaliação da oficina (Tempo: 05 minutos).

**Oficina n. 03: “Planejando cuidados à espiritualidade e à religiosidade da pessoa com câncer”**

Objetivos:

- Conhecer os cuidados de enfermagem pontuados pelas participantes;
- Ampliar os conhecimentos sobre os possíveis cuidados à dimensão espiritual;  
Levantar, junto ao grupo, a proposta de implementação dos DE discutidos na oficina n. 02 em conexão aos cuidados de enfermagem que são viáveis de serem realizados e/ou estimulados na prática diária.

Participantes:

- Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem.

Material utilizado: notebook, *data show*, caixa de som, folhas de papel A4, papel metro, pilotos e gravador.

Tempo: até 180 minutos

Atividades previstas/procedimentos:

- Apresentação dos objetivos da oficina (Tempo: 2 minutos);
- Os grupos serão divididos em subgrupos e farão a leitura do artigo disponível em: DOI 10.18471/rbe.v31i2.22522, que menciona a atuação da enfermeira e os cuidados espirituais sugeridos para a prática. Ao final, os subgrupos receberão o caso clínico anterior, com os problemas e diagnósticos de enfermagem listados na oficina anterior, e assim, pontuar cuidados que podem ser utilizados na prescrição de enfermagem;
- Intervalo: lanche disponibilizado pela pesquisadora.
- Dinâmica “Onde a música parar, um cuidado de enfermagem você deve falar”
- Breve exposição de alguns cuidados à espiritualidade e a religiosidade pela pesquisadora;
- Discussão em roda de conversa: cada subgrupo apresentarão os cuidados de enfermagem construídos e o modo de prestação deles, dialogando com a turma e mediado pela pesquisadora. Assim, serão catalogados os cuidados viáveis na unidade;
- Avaliação da oficina.
- Proposta para inserção dos diagnósticos e cuidados de enfermagem em prontuário eletrônico institucional (caso o grupo entenda e conclua tal relevância e possibilidade).
- Será disponibilizado à coordenação uma listagem dos DE e cuidados de enfermagem pontuados pela equipe, e que serão inseridos no Prontuário Eletrônico, em acordo com o responsável pela gestão e acompanhamento da SAE do Hospital.

Ao início e todas as oficinas serão resgatadas as construções da oficina anterior e ao final de todas as oficinas acontecerão os agradecimentos pela participação e o destaque da importância da participação das profissionais em todos os encontros.

**APÊNDICE F – Avaliação das oficinas educativas****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

1) Como foi, para você, participar da oficina n. \_\_\_\_?

---

---

---

2) O que mudou em você com a participação no grupo?

---

---

---

3) Quais foram os pontos de maior importância discutidos na oficina?

---

---

---

---

4) O que foi discutido impulsiona para mudanças no processo de trabalho?

---

---

---

---

5) Sugira melhorias para as próximas oficinas (exceto para a última oficina)

---

---

---

---

**APÊNDICE G – Roteiro de avaliação final da pesquisa-ação**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Duração: \_\_\_\_\_ minutos

**Oficina Final: “Avaliando os resultados da ação educativa”****Objetivos:**

- Avaliar a contribuição da ação educativa na implementação de DE e cuidados à dimensão espiritual da pessoa com câncer;
- Avaliar a aplicação no PE com apresentação do uso nos prontuários eletrônicos às participantes;
- Apresentar os resultados da ação educativa.

**Participantes:** coordenadora de enfermagem, enfermeiras e técnicas de enfermagem

**Dinâmica de grupo:** Será utilizado um rolo de barbante, a fim de demonstrar a rede que formamos com a construção coletiva. Todos ficarão ligados uns aos outros ao final da dinâmica.

**Material:** Aparelho de som, músicas de escolha do grupo, papel ofício, canetas, barbante e gravador.

**Exposição dialogada dos resultados e discussão.**

**Questões geradoras:**

- O que significou, para você, participar da implementação proposta?
- Você tem percebido mudanças no cotidiano da pessoa com câncer após a ação educativa?
- O que mudou em você após a ação educativa?

**Momento final:** fala livre das participantes, agradecimentos da pesquisadora e finalização.

*Coffee break*

**APÊNDICE H** – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer.

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Tânia Maria de Oliva Menezes.

**Cargo/Função:** Enfermeira/ Doutora. Docente Titular do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é estabelecer, junto a equipe de enfermagem, a implementação de diagnósticos de enfermagem e de cuidados voltados a dimensão espiritual da pessoa com câncer, e tem como justificativa a possibilidade de trazer benefícios ao levar a reflexão sobre o cuidado à dimensão espiritual repensando a atuação de profissionais de saúde no Processo de Enfermagem, incluindo a espiritualidade e religiosidade.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: iniciaremos com a aplicação de um questionário para conhecer suas características laborais e tempo de atividade. Posteriormente, haverá a primeira fase com a técnica do Mapa Falante em grupo, uma metodologia ativa de coleta de dados em que construiremos um diagnóstico sobre os conhecimentos já adquiridos pelo grupo sobre o assunto do estudo, através de desenhos e escrita livre em cartolinas, de maneira criativa. A fase posterior serão as Oficinas Educativas da PA, em que nos reuniremos em momentos pré-determinados para problematizar em grupo questões que busquem atender ao objetivo do estudo, e assim, lançar mão de possibilidades de transformação da realidade vivenciada sobre a temática. Após essa fase as participantes da pesquisa utilizarão de diagnósticos e cuidados de enfermagem no Processo de Enfermagem, selecionados pelo grupo, que serão inseridos no prontuário eletrônico e os pesquisadores se afastarão do campo, fazendo vistas a unidade para observação dos prontuários eletrônicos e diálogos com a equipe sobre a aplicação na prática.

Todos os encontros durarão até 150 minutos, e ocorrerão uma vez por semana, por quatro semanas seguintes, totalizando cinco encontros. A última fase, será a de avaliação final, onde a equipe de pesquisa, junto a equipe de enfermagem, fará uma avaliação, por meio de uma oficina final, sobre a participação na pesquisa e a repercussão desse processo em sua realidade laboral.

As falas serão captadas por um gravador digital, e os depoimentos serão guardados na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso - NESPI, e serão desprezados após 5 anos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são devido à coleta de informações, onde há o risco de você se sentir constrangido (a) com a gravação, ou mesmo incomodado (a) ao lembrar momentos de sua trajetória de vida ou de algumas vivências na prática assistencial. Caso isso ocorra, você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, dialogar com os pesquisadores ou interromper e retomar em outro momento. Caso você seja exposto a algum risco inerente a pesquisa, receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, assim como indenização, de acordo a legislação referente à questão. A equipe de pesquisadores interromperá a coleta de dados, você será acolhido(a) e assistido na sua necessidade. Embora exista o risco da quebra de sigilo, garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, você não será identificado (a) em momento algum na pesquisa e toda a coleta de dados acontecerá em local reservado.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios indiretos às participantes, visto que poderão gerar processos de reflexões coparticipativos à prática clínica e favorecer a compreensão da importância da assistência à dimensão espiritual para a pessoa em adoecimento crônico, e/ou estimular práticas espirituais e religiosas desejadas pelo ser cuidado. Para além, o estudo possibilitará a ampliação de novos saberes acerca da temática ainda pouco presente na literatura científica. Assim, espera-se que a construção coletiva ao final do estudo, possa perdurar na prática diária de vocês e seja contínua na Assistência de Enfermagem.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo no vínculo institucional que você possui na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Todas as despesas serão pagas pelo orçamento da pesquisa, e pelos pesquisadores.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional, favorecendo a disseminação do conhecimento. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação considerando o acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa, quando for o caso.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Tânia Maria de Oliva Menezes, pelo telefone: 71-98880-9213, endereço: Escola de Enfermagem da UFBA. Rua Augusto Viana, s/n.º, 1º andar, Canela – Salvador – Bahia – Cep: 40.110-060, das 07:30h às 13:00h e/ou pelo e-mail: tomenezes50@gmail.com, com o pesquisadora Raniele Araújo de Freitas, pelo telefone: 71-987760017 e pelo e-mail: ranifreitas84@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA. Endereço: Rua Dr. Augusto Viana, S/n - Canela, SALVADOR (BA) - CEP: 4011060; FONE: (71) 3283-8043 / E-MAIL: cep.hupes@ebserh.gov.br.


Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

### Declaração de Consentimento

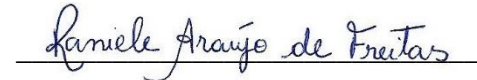
Concordo em participar do estudo intitulado: "Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer".

<hr/> Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
<hr/> Assinatura do participante ou responsável	

Eu, Tânia Maria de Oliva Menezes, pesquisadora responsável, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

 <hr/> Assinatura e carimbo do investigador	Data: ____/____/____
--	----------------------

Eu, Raniele Araújo de Freitas, pesquisadora discente, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

 <hr/> Assinatura e carimbo do investigador	Data: ____/____/____
--	----------------------

## APÊNDICE I – Carta convite



**Prezadas(os) colegas enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem.**

Eu sou a Raniele Freitas, mestre em Enfermagem, enfermeira intensivista, gerontóloga, docente e estou concluindo o curso de doutorado em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da UFBA.

Venho convidar vocês a participarem da minha tese intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CÂNCER”, aprovada pelo Comitê de Ética do Hupes, sob o parecer 5.530.277. O estudo objetiva desenvolver cuidados voltados a espiritualidade, sentido da vida, fé e religião como estratégia de resiliência para o dia a dia com câncer, pois os estudos trazem o quanto a vivência com o câncer é desafiadora e pode ser amenizada com o enfrentamento pautado na fé e na força que cada um desenvolve, ou já possui.

Para o estudo, preciso muito da contribuição de vocês, trabalhadores e trabalhadoras da unidade. Faremos 5 encontros com técnicas de coleta de dados interativas. Saliento que, em acordo com a responsável pela unidade, essas horas serão computadas.

Esses encontros serão agendados com vocês, de acordo a disponibilidade, de maneira prévia. O intuito é unir enfermeiras(os) e técnicas(os) no mesmo momento, em maior número que puder.

Os encontros serão dinâmicos, onde discutiremos de maneira aplicada a prática de vocês, e assim, deixar a nossa contribuição para a assistência de enfermagem no intuito de ajudar as pessoas que vivenciam o câncer no Hospital Universitário

Externo a minha gratidão à vocês pela atenção.

Com cumprimentos,  
Raniele Freitas



## APÊNDICE J – Material complementar - mapa falante

Referência: FREITAS, Raniele Araújo de. **Sentido da espiritualidade e da religiosidade no vivido da pessoa idosa com câncer**. 137p. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

Tenho a espiritualidade, sou **24 horas ali ligada com Deus**, com o Todo Poderoso. Sem fé nenhum ser humano existiria (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

É **andar com Deus e tranquilo**. Sem tirar o nome de Deus da boca. É a maior fé que eu tenho é a fé em Deus. Não tenho mais fé de ser rico... dinheiro não leva ninguém aos céus. (E6, homem, católico, 70 anos).

Aqui (na quimioterapia) eu me apego com Deus, e **sinto que ele está perto de mim** [...] Tenho fé em Deus (E14, mulher, católica, 66 anos).

Tenho a espiritualidade, sou **24 horas ali ligada com Deus**, com o Todo Poderoso. Sem fé nenhum ser humano existiria (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

É **andar com Deus e tranquilo**. Sem tirar o nome de Deus da boca. É a maior fé que eu tenho é a fé em Deus. Não tenho mais fé de ser rico... dinheiro não leva ninguém aos céus. (E6, homem, católico, 70 anos).

Aqui (na quimioterapia) eu me apego com Deus, e **sinto que ele está perto de mim** [...] Tenho fé em Deus (E14, mulher, católica, 66 anos).

Religiosidade para mim é ter fé em tudo, em Deus e nos Orixás. La no meu salão (de beleza) entre gente da macumba, como o povo diz (sorriu!), entra católico, crente, entra todo mundo do mesmo jeito. E **cada pessoa tem a sua religião, cada um na sua**. Tenho fé nos Orixás, e ai de mim que não tivesse! (E10, mulher, umbandista, 65 anos).

A senhora **não é crente**, então eu posso falar! Tenho fé em Deus e no senhor do Bonfim, pois ele cura muita gente! Pois, eu também gosto de São Jorge, eu gosto muito dele e, ele também cura (E13, mulher, católica, 71 anos).

[...] **agora só é mais uma coisa. Lembro que fiquei com câncer todos os dias** [...] acredito na fé em Deus e vou levando em frente (E3, mulher, católica, 74 anos).

Eu sinto assim, vontade de trabalhar. Porque toda vida eu trabalhei, e agora eu não estou trabalhando... Isso aí, **vejo os outros trabalhando e eu não trabalho** [...] **essa doença é “braba” viu**, precisa a gente ter muita fé para vencer (E4, mulher, católica, 69 anos).

[...] A pior coisa é você **viver por cima de sofrimento**. Eu me sinto **triste, angustiada** [...] a gente se sente **humilhada**, não é? É tanto que eu **nem saio de casa, fico em casa trancada** [...] **eu não me sinto feliz não**. Eu peço a Deus que tenha misericórdia [...] porque **eu era alegre** e todo mundo fala isso. Mas como eu posso ter alegria em cima de sofrimento? Eu não pensei de passar por isso, **esse golpe tão grande** (E5, mulher, católica, 65 anos).

Fico **contrariado com essa doença, me aborreço**. A gente que é acostumado a não depender dos outros... **é um sofrimento!** [...] **fico na cama sem dormir**, pedindo a Deus que me ajude nesse sofrimento. **Eu tinha muito prazer na minha vida** [...] eu sou acostumado a andar e ir para a roça 4 horas da manhã. Hoje, eu fico em cima da cama porque quando eu ando dói demais o corpo. **Como eu**

**posso dizer que eu estou satisfeito com vida?** Depois dessa doença eu fiquei **desanimado** (E6, homem, católico, 70 anos).

Durante o dia eu **sinto uma tristeza!** Não nego a você. Porque **essa doença não é fácil [...] durante o dia penso na doença. [...] É um sofrimento,** tem horas que só Deus mesmo! (E11, mulher, católica, 69 anos).

O meu dia a dia é **ficar parada e não fazer nada,** porque eu **não posso fazer com essa doença.** Eu acho ruim **não poder trabalhar, nem fazer nada, não posso fazer nada.** Eu não posso nem cuidar da casa, nem varrer um chão porque **sinto muita dor na mama.** Eu **me sinto mal** se fizer esses trabalhos, **muita dor no carço [...] estou comendo pouco, fico enjoada** (E14, mulher, católica, 66 anos).

Para mim **está ruim,** não deixam mais eu sair de casa, têm medo de que eu fique com **tontura [...]** eu mesma quando tomo esse remédio, **saio daqui toda ruim. Fico arreada [...]** eu **fico com o corpo ruim, tudo dói, até a unha dói, as mãos, o corpo mole, e não consigo dormir. Sinto tontura, vontade de vomitar,** aí levo **noite e dia com isso.** São três dias assim, amanhã que começa **a coisa!** (E8, mulher, católica, 73 anos).

[...] **viajo 12 horas para chegar aqui,** fico em uma casa de apoio, porque **saio daqui cheio de sintomas** e não aguento mais 12 horas [...] **fico mais parado porque as pernas estão fracas e, eu perco o apoio. Olho para isso aqui (aponta para o quimioterápico) e penso que é uma luta pela vida que eu vivo,** precisa ser muito guerreiro, eu já fui **desenganado pelos médicos** (E12, homem, sem afiliação religiosa, 64 anos).

[...] dá **vontade de sumir do mundo,** mas aí eu peço a Deus forças. Durante o dia eu **fico só na cama,** porque **minhas pernas doem e eu sinto agonia e vontade de vomitar.** [...] Às vezes **me pego triste e chorando, me sinto sozinha. Me bate uma tristeza, uma solidão, e eu começo até a sentir dor que não estava sentindo [...]** não dá **vontade de nada. Eu estou sofrendo demais: é agonia, falta de sono, e quando eu estou tomando isso aqui fico tremendo, a pressão fica alta e, dá muita agonia** (E15, mulher, evangélica, 63 anos).

**A doença veio por facilitação minha,** porque o Dr. disse que eu **tinha que me cuidar** e esquecer a roça um pouco, e eu não fiz isso. O médico me dizia que eu não podia pegar peso e nem tomar sol, **eu saía do consultório e pagava o sol todo na rua vendendo. Isso me acabou, foi minha “teima” mesmo, falta de paciência de ficar parado** (E6, homem, católico, 70 anos).

A doença eu acho que foi uma **facilitação minha e, eu poderia ter me cuidado melhor. A doença foi culpa minha, toda culpa minha,** não procurei logo um médico (E12, homem, sem afiliação religiosa, 64 anos).

No início da doença eu subia escada e ia lá na laje. **Pela minha teimosia a barriga piorou e inflamou mais ainda** (E13, mulher, católica, 71 anos).

[...] a gente fica ali pensando o tempo todo, que queira ou que não queira, **uma hora vai murchar.** Isso não está nos meus planos (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

[...] eu não durmo a noite, eu passo a noite acordada, **penso que se eu chegar a falecer...,** penso em meus filhos e neto (E9, mulher, católica, 62 anos).

No início, quando eu soube da doença, pensei que iria morrer, depois fui levando (neste momento enche os olhos de lágrimas que escoam pelo rosto). Eu tinha uma cliente, ela apareceu com um nódulo na mama, pois ela morreu. Aí eu **me apavorei** (abaixou a cabeça e ficou calada por alguns instantes). Eu disse: pronto, eu **vou morrer também! Eu tenho pavor da morte** (elevou o do tom de voz) [...] **não quero nem saber da morte.** Quero não! (E10, mulher, umbandista, 65 anos).

Vou **tentando fazer de conta que ela (a doença) nem existe**, para não me abater (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

**Tem dias que eu só queria dormir**, mas o sono não vem, deve ser esse remédio. Eu não sinto sono [...] **eu queria dormir para o tempo passar**, e não consigo. (E5, mulher, evangélica, 65 anos).

Eu **procuro nem lembrar da doença, coloco no esquecimento, penso que não tenho problemas**, porque se eu pensar eu vou ficar é depressiva. Eu ainda **não coloquei em minha mente que seja uma doença incurável, eu vou ficar ótima**, penso até que já estou (E7, mulher, evangélica, 75 anos).

Eu **nem gosto de pensar muito sobre isso, quando eu penso vou logo tentar pensar outra coisa** (E14, mulher, católica, 66 anos).

[...] **já me falaram até de pessoas que tomaram veneno**, tem dias que amanheço com **vontade de desistir da vida** [...] eu **aceito a morte com maior prazer**, entendeu? (E5, mulher, católica, 65 anos).

**Tem dias que eu até pensei em fazer alguma “arte” para eu morrer logo**, não ficar passando dor e sofrimento (E6, homem, católico, 70 anos).

**O dia que Deus quiser me levar, pode levar. A morte para mim é um descanso** (E12, homem, sem afiliação religiosa, 64 anos).

[...] eu peço **para Deus me levar, porque com a morte iria acabar tudo, acaba dor, acaba sofrimento** [...] Tem dias que **amanheço com vontade de desistir de tudo** (E15, mulher, evangélica, 63 anos).

Minha senhora, todo mundo gosta de viver, **não tem quem não goste da vida**. Não tem quem não queira viver. [...] **Quem souber o valor da vida, não mata nem um passarinho**. (E6, homem, católico, 70 anos).

Pois, acabando esses tratamentos, **vou sair daqui e ir direto no Bonfim** (Igreja do Senhor do Bonfim), vou **agradecer pela vida** e, vou sair de lá curada dessa doença, e boa (E13, mulher, católica, 71 anos).

[...] **meus filhos, eu acho que eu ainda tenho muito, para estar ali apoiando** [...] Graças a Deus, meus filhos sempre pedem a minha opinião, **também quero orientar meus netos. Mesmo que eu não esteja 100%, mas tentar viver** (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

Eu **preciso viver, meu sobrinho, que eu criei, precisa de mim, eu pago os estudos dele** [...] ele depende muito de mim, e **eu não posso deixá-lo na mão**. Eu tenho que ter forças para segurar tudo (E10, mulher, umbandista, 65 anos).

**Eu quero viver porque eu tenho essa filha doente e ela também tem um filho que eu cuido**. Não posso morrer e deixar eles (E13, mulher, católica, 71 anos).

Eu vou esperar **criar esse neto de 13 anos que a mãe abandonou. Se não fosse ele eu iria me entregar a essa doença**, só não faço isso por causa dele (E15, mulher, evangélica, 63 anos).

**A fé que eu tenho é em Deus, meu Senhor do Bonfim e, São Jorge**. Peço para ficar boa, porque eles curam (E13, mulher, católica, 71 anos).

[...] **Durante o dia vou pensando em Deus com a minha saúde** (E14, mulher, católica).

[...] **não me desanimo** com as coisas. **Fé tenho em Deus e tudo que eu faço** vejo ir para frente. Minha vida é assim (E16, homem, católico, 83 anos).

**Fé não tem fim**, é a **esperança que não acaba** [...] sinto aquela emoção no coração e desabafo (E18, homem, evangélico, 80 anos).

[...] Eu **peço, rezo muito**, a reza que Jesus deixou, o **Pai Nosso, O Creio em Deus Pai, a Salve Rainha** (E3, mulher, católica, 74 anos).

Eu **leio a bíblia**, a palavra de Deus, **assisto aos programas evangélicos** na televisão, e vou buscando essa fé e, **me elevando a Deus** [...] faço orações (E7, mulher, evangélica, 75 anos).

**Rezo** todos os dias, **faço o Pai Nosso**, depois **pego a bíblia**, a católica, **leio um pedacinho** (E11, mulher, católica, 69 anos).

[...] quando eu sinto qualquer coisa da quimioterapia, **fecho meu olhinho, começo a pedir a meu Deus**, quando penso que não, **do jeito que veio, já foi** (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

**Quando eu vou orar, fico no quarto sozinho**. Então eu conto com Deus, e me sinto melhor, **me fortaleço e desabafo só com Ele**. Minhas lágrimas só derramo para Deus (E12, homem, sem afiliação religiosa, 64 anos).

**Faço minhas orações** quando acordo, ao meio-dia e, quando vou dormir. **Leio a bíblia** (E20, homem, sem afiliação religiosa, 84 anos).

**Ultimamente vou mais (à igreja) aos domingos cedo**. Depois da “quimio” **não posso tomar sol, nem posso estar na frieza**, aí vou mais no domingo de manhã, vou na escola dominical, vou na santa ceia. **Tudo isso é importante demais para mim** (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

Minha **religião eu faço mais em casa**, não posso viver muito na igreja. Fica até **difícil eu sair à noite na frieza, andar, então eu faço em casa as rezas**. **Eu ia antes em todas novenas e todas as missas** (E2, homem, católico, 61 anos).

Eu **sempre ia à missa**, e gosto. Mas agora não estou indo, **não dá mais para caminhar**. **Em casa eu faço as orações, faço para dormir e para levantar** e, vou chamando por Deus (E6, homem, católico, 70 anos).

Eu ia muito a missa, não perdia um domingo. **Ultimamente não estou indo à igreja**, mas **ouço a missa pelo rádio**. Eu não estou indo porque não tem quem me leve, não enxergo mais. Mas antes eu ia muito, no Bonfim, na Piedade, aqui em Brotas. **Mas agora tem uma catequista que vai levar para mim o “Corpo de Cristo”, dia de sábado, para eu fazer a comunhão com Cristo**. Se eu não posso ir, ela leva a Hóstia, o Corpo de Cristo (E17, Homem, católico, 89 anos).

**Minha vida está ficando melhor agora, já estive até pior**, se não fosse a fé em Deus para me segurar. Era dor! (E4, mulher, católica, 69 anos).

Eu **sentia muita dor** [...] **era uma dor de coração**. Meu Deus! O lado esquerdo feriu, porque eu ficava de um lado só. **Eu chamava muito por Deus** (E6, homem, católico, 70 anos).

**Não está doendo como antes** [...] **eu não defecava** [...] tinha que tomar remédios, lavagens. Agora não estou tomando nada. **Graças a Deus já ganhei 12 quilos! Estou melhor** (E8, mulher, católica, 73 anos).

[...] Depois da próstata, mudou a vida. Eu **andava muito ruim**. **Eu tive dor, mas agora estou melhor** [...] Foi Deus... Tudo que eu peço... ele já me deu (E16, homem, católico, 83 anos).

**Eu como direitinho na hora certa e não saio para tomar sol**. Moro perto da praia, mas não vou. Antes eu viajava, mas não posso mais, tem exames, médico e quimioterapia marcada (E8, mulher, católica, 73 anos).

**Não posso tomar sol, fico mais dentro de casa**. [...] **protejo a colostomia** com um pó, óleo, pasta [...] **as comidas mudaram também, é só salada** (E9, mulher, católica, 62 anos).

Minha parte **eu vou fazendo tudo certinho** (E11, mulher, católica, 69 anos).

As falas abaixo destacam a ajuda de parentes, amigos, equipe médica pelo tratamento, psicologia pela escuta. Por que esse apoio espiritual, religioso e de força para o dia a dia não foram destacados como cuidado de enfermeiras (os) e técnicas(os) de enfermagem???

**Os parentes e amigos tem me ajudado muito no dia a dia.** E meus filhos (E7, mulher, evangélica, 75 anos).

**Minha família, graças a Deus e os vizinhos [...] cuidam muito bem de mim, quase não me deixam ficar para baixo, pensando se vai dar certo, ou isso, ou aquilo... é todo mundo positivo comigo** (E1, mulher, evangélica, 64 anos).

Minhas irmãs não me deixam fazer nada em casa [...] agora não posso fazer nada, **minhas irmãs quem vão lá varrer minha casa e fazer a comida, vão cuidar do meu cachorro, das minhas plantas.** Não dá tempo nem de pensar nessa doença, **quando eu estou parada minhas irmãs procuram conversa. Não me deixam no pânico da doença** (E10, mulher, umbandista, 65 anos).

Sou **uma pessoa forte em Deus, e na medicina também. As médicas, os médicos, são uns anjos.** Deus vai tocar nos médicos, pela fé no espírito e pela mente. **Primeiramente Deus, depois os médicos e depois os medicamentos.** Deus é o médico dos médicos (E7, mulher, evangélica, 75 anos).

**Faço o que os médicos mandam e faço a minha parte religiosa** (E10, mulher, umbandista, 65 anos).



## ANEXO A – Carta de anuência

04/05/22, 21:37

SEI/SEDE - 21254060 - Carta - SEI

Complexo  
HUPESEBSERH  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Rua Doutor Augusto Viana, s/nº - Bairro Canela  
Salvador-BA, CEP 40110-060  
- <http://hupes.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 37/2022/SGPIT/GEP/HUPES-UFBA-EBSERH

Salvador, data da assinatura eletrônica.

## CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "IMPLEMENTAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA COM CÂNCER", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **TANIA MARIA DE OLIVA MENEZES**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O projeto está exequível. Todos os documentos referentes ao projeto devem ser incluídos na Plataforma Brasil (cadastrar para o Complexo-HUPES - CNPJ 15.180.714/0002-87), incluindo esta carta de anuência. Após a inclusão na Plataforma Brasil, a folha de rosto será gerada, assinada pelo pesquisador responsável e devolvida escaneada, por e-mail, ao SGPIT/GEPE/HUPES ([sgpit.hupes@ebserh.gov.br](mailto:sgpit.hupes@ebserh.gov.br)). Quando obtivermos a assinatura do superintendente, a folha de rosto será reenviada ao pesquisador para finalização da submissão à Plataforma Brasil.

O presente projeto teve exequibilidade aprovada constando as cartas de anuência dos seguintes Setores/Unidades:

- \* Unidade de Onco-hematologia
- \* Divisão de enfermagem

O SGPIT não avalia documentos TCLE/Assentimento/Dispensa do TCLE, o que será feito pelo CEP.

SETOR DE GESTÃO DE PESQUISA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA




Documento assinado eletronicamente por **Glicia Gleide Goncalves Gama, Analista Administrativo**, em 04/05/2022, às 09:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **21254060** e o código CRC **8EBF432B**.

## ANEXO B – Aprovação do comitê de ética e pesquisa

<p>UFBA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA &amp; HUPES/UFBA</p>	
--	---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Implementação de Diagnósticos e cuidados de Enfermagem a dimensão espiritual da pessoa com Câncer

**Pesquisador:** Tânia Maria de Oliva Menezes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58995622.2.0000.0049

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.530.277

**Apresentação do Projeto:**

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas do documento Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1947921.pdf, de 21/06/2022).

O câncer ainda é considerado uma doença temida e estigmatizada, causando desajuste biopsicossocioespiritual, mesmo com mecanismos de tratamentos avançados. A enfermeira tem responsabilidade de avaliar as necessidades espirituais e de promover a saúde espiritual de pacientes, porém, observa-se que o cuidado de enfermagem na atualidade ainda mantém a lógica cartesiana, biologista, fragmentada, configurando-se em um modelo que privilegia a atenção da dimensão física, em detrimento do cuidado das ligações que constituem a pessoa em toda a sua existência, incluindo-se a espiritual. Assim, a compreensão multidimensional do ser humano se torna imprescindível para a prática profissional e sistematização dos cuidados em sua totalidade.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com procedimentos da Pesquisa-Ação como referencial metodológico. Será realizada nas Unidades de Hematologia e Oncohematologia Clínica de um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil, em local reservado, disponibilizado pela instituição,

<b>Endereço:</b> Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
<b>Bairro:</b> Canela	<b>CEP:</b> 40.110-060
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-8043	<b>Fax:</b> (71)3283-8140
	<b>E-mail:</b> cep.hupes@ebserh.gov.br



**UFBA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROF.  
EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - HUPES/UFBA**



Continuação do Parecer: 5.530.277

que possibilite a realização das fases da Pesquisa-Ação. Os participantes do estudo serão enfermeiras e técnicas de enfermagem das unidades supracitadas do hospital oncológico que atenderem aos critérios de inclusão do estudo. Para a coleta de dados serão utilizados questionário para caracterização das participantes, a técnica do Mapa Falante e as oficinas pedagógicas. Os momentos de coleta serão gravados através de aparelho digital e os depoimentos serão submetidos a análise temática de Braun e Clarke, e interpretados a luz dos pressupostos teóricos de Paulo Freire.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Estabelecer, junto a equipe de enfermagem, a implementação de diagnósticos de enfermagem e de cuidados voltados a dimensão espiritual da pessoa com câncer.

Objetivos Secundários:

- Verificar o conhecimento de enfermeiras e técnicas de enfermagem sobre espiritualidade e religiosidade e como compreendem a dimensão espiritual no contexto da doença oncológica;
- Conhecer as dificuldades e facilidades consideradas pela equipe de enfermagem no estímulo à dimensão espiritual;
- Conhecer a importância de identificar problemas de enfermagem acerca do binômio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Conhecer fatores intervenientes para o uso dos diagnósticos sobre a dimensão espiritual propostos pela NANDA;
- Planejar, junto às enfermeiras, ação que possibilitem implementação de cuidados voltados a dimensão espiritual da pessoa com câncer;
- Avaliar se a ação educativa realizada contribuiu para o uso de diagnósticos de enfermagem e implementação de cuidados voltados a dimensão espiritual da pessoa com câncer.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo não trará riscos físicos aos participantes, mas que poderá haver riscos de desconfortos psicológicos e/ou emocionais. Em casos de incômodos ou constrangimentos durante todas as

<b>Endereço:</b> Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
<b>Bairro:</b> Canela	<b>CEP:</b> 40.110-060
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-8043	<b>Fax:</b> (71)3283-8140 <b>E-mail:</b> cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROF.  
EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.530.277

fases da pesquisa-ação, a(o) participante poderá aceitar ou não continuar sua participação no estudo, sem qualquer prejuízo à sua pessoa e ao seu vínculo empregatício, sendo garantido, também, anonimato e sigilo dos dados referentes à identificação. Nesse caso, a coleta de dados será interrompida e a pesquisadora oferecerá o apoio emocional e psicológico necessário ao profissional de saúde.

**Benefícios:**

O estudo poderá, através da ação educativa com os profissionais de enfermagem do serviço oncológico, gerar processos de reflexões coparticipativos à prática clínica e favorecer a compreensão da importância da assistência à dimensão espiritual para a pessoa em adoecimento crônico, e/ou estimular práticas espirituais e religiosas desejadas pelo ser cuidado, e não apenas quando este demanda. Para além, o estudo possibilitará a ampliação de novos saberes acerca da temática incipiente na literatura científica e o resgate da atenção à dimensão espiritual, que ao longo dos anos, não foi considerada e, assim, na maioria das situações de saúde, excluída da SAE, não abrangendo o ser biopsicossocioespiritual em sua totalidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

vide parecer 5.462.561

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após leitura de carta-resposta, novos arquivos de TCLE, projeto e informações básicas apresentados, seguem observações sobre as pendências emitidas no parecer 5.462.561:

**\* No TCLE:**

- Não está descrito de modo adequado no TCLE do mesmo modo como foi escrito no documento

"PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1947921.pdf" quais as providências ou cautelas que serão adotadas para tratar ou minimizar os riscos provenientes da pesquisa conforme exige o item IV.3.b da Resolução CNS N° 466/2012. Uniformizar. ATENDIDO!

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/n° - 1° Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROF.  
EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA ¿ HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.530.277

- Segundo a Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS, o TCLE deve possuir apenas uma redação simples, como "li e concordo em participar da pesquisa" ou "declaro que concordo em participar da pesquisa" ao final. Assim, toda e qualquer frase diferente disso não é permitida. Ajustar. ATENDIDO!

- Ampliar informações sobre os métodos de coletas de dados para favorecer o entendimento dos participantes. No documento, por exemplo, cita-se o "mapa falante". Assim, solicitamos detalhamento desse procedimento e de outros no referido TCLE. ATENDIDO!

\* Em outros documentos:

- Ajustar o cronograma apresentado. De acordo com a Norma Operacional CNS Nº 001 de 2013, item 3.4.1.9., "Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente: (...) Cronograma: informando a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, em número de meses, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP-Conep". No cronograma apresentado tanto na Plataforma Brasil como na Brochura do projeto, a coleta de dados estava prevista para iniciar em 06 de junho de 2022. Ajustar. ATENDIDO. Modificado para 29/07/2022.

Assim, dá-se o PROJETO por APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

**UFBA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROF.  
EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - HUPES/UFBA**



Continuação do Parecer: 5.530.277

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PR_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1947921.pdf	21/06/2022 11:18:02		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_pendencia.docx	21/06/2022 11:10:54	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_pdf.pdf	21/06/2022 11:08:14	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PDF.pdf	21/06/2022 11:07:38	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/06/2022 11:04:09	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA_SGPI_T754.pdf	24/05/2022 16:15:08	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Raniele_Araujo_de_Freitas.pdf	18/05/2022 16:46:06	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Tania_Maria_de_Oliva_Menezes.pdf	18/05/2022 16:45:32	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACOES_DOS_PESQUISADORES.pdf	17/05/2022 11:21:42	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Declaração de	SEI_SEDE_21254060_Carta_ANUENCI	17/05/2022	RANIELE ARAUJO	Aceito

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
**Bairro:** Carreira **CEP:** 40.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO PROF.  
EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.530.277

Instituição e Infraestrutura	A.pdf	11:00:33	FREITAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EQUIPE_DETALHADA.pdf	17/05/2022 10:57:03	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_sobre_Pesquisador_Assistente_SEM_vínculo_institucional_com_HUPES.pdf	17/05/2022 10:55:10	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Outros	TERMO_UTILIZACAO_DADOS_DE_PESQUISA.docx	17/05/2022 10:53:33	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/05/2022 10:50:07	RANIELE ARAUJO DE FREITAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 15 de Julho de 2022

Assinado por:  
**NATANAEL MOURA TEIXEIRA DE JESUS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br



## ANEXO C – Modelo do histórico de enfermagem

<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – ADULTO</b>	
<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome: .....	Leito: ..... Prontuário: .....
Idade: ..... Sexo: ( ) F ( ) M Cor/raça: .....	Admissão no hospital: ...../...../.....
Escolaridade: .....	Telefone: .....
Procedência: ( ) AMN ( ) Residência ( ) Outro Hospital/Unidade: .....	Profissão/Ocupação: .....
Acompanhante: ( ) Não ( ) Sim Parentesco: .....	
<b>2. ANTECEDENTES</b>	
ALERGIAS? ( ) Não ( ) Sim Especificar: .....	
Reação Transfusional? ( ) Não ( ) Sim Especificar: .....	
Antecedentes Clínicos: ( ) Nega ( ) Asma ( ) DM ( ) HAS ( ) Cardiopatias ( ) Doenças Congênicas ( ) Doença Autoimune ( ) Outros: .....	
Internações anteriores? ( ) Não ( ) Sim Motivo: .....	
Antecedentes Cirúrgicos: ( ) Não ( ) Sim Quais?: .....	
História Familiar: ( ) Não informou ( ) Asma ( ) DM ( ) HAS ( ) Cardiopatias ( ) Doença Mental ( ) Outras: .....	
Hábitos de Vida: ( ) Fuma ( ) Bebe ( ) Usa drogas ( ) Exercícios físicos regulares ( ) Outros: .....	
Adesão ao Tratamento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial ( ) N/A	
<b>3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</b>	
Motivo da Hospitalização: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Procedimento ( ) Exames ( ) Infusão de Medicamentos	
Queixa principal: .....	
<b>4. NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>	
<b>4.1 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA / SONO E REPOUSO / EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA / MOBILIDADE/ MECÂNICA CORPORAL/LOCOMOÇÃO</b>	
Nível de consciência: Escala de Coma de Glasgow: .....	
Sono: ( ) Preservado ( ) Diminuído ( ) Insônia	
Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Discóricas ( ) Mióticas ( ) Midríaticas ( ) Fotorreativas ( ) Arreativa	
Mobilidade: ( ) Preservada ( ) Comprometida: .....	
Marcha: ( ) Normal ( ) Claudicante ( ) Lenta ( ) Tremores ( ) Outros: .....	
MMSS/MMII: ( ) Assimetria ( ) Deformidades ( ) Atrofias ( ) Outros: .....	
Órtese/Prótese: ( ) Andador ( ) Muleta ( ) Cadeira de Rodas ( ) Bengalas ( ) Outros: .....	
<b>4.2 CARDIOVASCULAR</b>	
FC: ..... bpm ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico PA: ..... mmHg ( ) Normotenso ( ) Hipertenso ( ) Hipotenso	
Perfusão periférica: ( ) Preservada ( ) Diminuída	
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Cheio ( ) Filiforme	
Ausculta: - Bulhas cardíacas: ( ) Normofonéticas ( ) Hiperfonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Sopros ( ) Outros achados: .....	
<b>4.3 OXIGENAÇÃO</b>	
FR ..... irpm SpO2: ..... % Tórax: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Expansivo	
Padrão Respiratório: ( ) Eupneia ( ) Dispneia ( ) Bradipneia ( ) Taquipneia ( ) Tiragem intercostal ( ) Músculos Acessórios ( ) Superficial ( ) Profunda	
Ventilação: ( ) Espontânea ( ) Cateter de O <sub>2</sub> ..... L/min ( ) Máscara de Venturi .....% ( ) Máscara Não Reinalante ..... L/min	
( ) Outro: ..... ( ) Ventilação Mecânica Modalidade: ..... FIO <sub>2</sub> .....% PEEP: .....	
Dispositivos: ( ) TQT ( ) TOT ( ) TNT N°: ..... Posição: ..... ( ) N/A	
( ) Dreno de Tórax Localização: ..... Data de Inserção: ...../...../..... Selo d'água ..... mL	
Característica da secreção: .....	
Percussão: ( ) Claro-pulmonar ( ) Maciço ( ) Timpânico	
Ausculta Pulmonar: Murmúrios Vesiculares: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Diminuído: .....	
Ruidos adventícios: ( ) Não ( ) Sim Caracterizar: ( ) Creptos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Roncos	
Tosse: ( ) Não ( ) Sim ( ) Produtiva ( ) Improdutiva Característica da secreção: .....	
<b>4.4 HIDRATAÇÃO / NUTRIÇÃO/ ELIMINAÇÃO/ REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA</b>	
Turgor: ( ) Preservado ( ) Diminuído ( ) Aumentado ( ) Edema: +/4+ ( ) ++/4+ ( ) +++/4+ ( ) ++++/4+ ( ) Localizar: ..... ( ) Anasarca	
Mucosas Oculares: ( ) Normocrômicas ( ) Hipocrômicas ( ) Hiperocrômicas ( ) Outros: .....	
Escleróticas: ( ) Anictéricas ( ) Ictéricas ( ) Outros: .....	
Apetite: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Diminuído ( ) Inapetente	
Dieta: ( ) Oral ( ) SNG/SNE ( ) NPT ( ) Gastrostomia/Jejunostomia ( ) Outros: ..... ( ) Disfagia Ingesta hídrica: ..... ml/dia.	
Abdome: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Globoso ( ) Plano ( ) Escavado ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Outros: .....	
Motilidade: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Diminuída ( ) Aumentada	
Percussão: ( ) Timpânico ( ) Hipertimpânico ( ) Macicez	
Palpação: ( ) Massas/Tumorações ( ) Dor ( ) Visceromegalias ( ) Outros: .....	
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) SVA ( ) SVD ( ) Incontinência ( ) Retenção ( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Outros: .....	
Aspecto da Urina: ( ) Clara ( ) Grumosa ( ) Hematúrica ( ) Colúrica ( ) Outras: .....	
Evacuação: ( ) Normal/Fisiológica ( ) Obstipação ( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Acolia ( ) Enterorragia ( ) Melena	
( ) Ileostomia ( ) Colostomia ( ) Outros dispositivos: .....	
<b>4.5 CUIDADO CORPORAL/ INTEGRIDADE FÍSICA E CUTANEO-MUCOSA/ SEGURANÇA FÍSICA</b>	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Couro cabeludo: ( ) Limpo ( ) Sujo ( ) Pediculose ( ) Lesões: .....	
Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória ( ) Halitose ( ) Cáries ( ) Língua saburrosa ( ) Outros: .....	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese ( ) Aparelho Ortodôntico	
Pele: ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Pálida ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Xerófica ( ) Outros: .....	
Extremidades: ( ) Perfundidas ( ) Hipoperfundidas ( ) Cianóticas ( ) Aquecidas ( ) Frias	
Lesões Cutâneas: ( ) Não ( ) Sim	
Aspecto/Quantidade/Localização: .....	
Acesso venoso: ( ) CVP ( ) CVC ( ) PICC ( ) Sorensen ( ) Outros: ..... Local: ..... Condições do acesso: ..... ( ) Sem acesso	
Riscos Assistenciais: ( ) Broncoaspiração ( ) IRAS ( ) Queda ( ) Lesão por Pressão ( ) Flebite ( ) Extubação Acidental	
( ) Perda Acidental de Cateter/Dreno/Sonda ( ) Trombose ( ) Outros: .....	

