



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCIVALDA BARBOSA SANTOS

O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA
IDOSA INTERNADA EM CENTRO GERIATRICO: REFLEXÕES A PARTIR DA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

SALVADOR
2019

LUCIVALDA BARBOSA SANTOS

**O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA
IDOSA INTERNADA EM CENTRO GERIATRICO: REFLEXÕES A PARTIR DA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra. Área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”. Linha de Pesquisa: Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR
2019

Santos, Lucivalda Barbosa

O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em centro geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal / Lucivalda Barbosa Santos. -- Salvador, 2019.

106 f.

Orientadora: Tânia Maria de Oliva Menezes.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2019.

1. Idoso. 2. Cuidadores formais. 3. Dimensão Espiritual. I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II.

Título

LUCIVALDA BARBOSA SANTOS

**O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA
IDOSA INTERNADA EM CENTRO GERIATRICO: REFLEXÕES A PARTIR DA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”. Linha de Pesquisa: Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humano”.

Aprovada em 09 de julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes (Orientadora) Tânia M. de Oliva Menezes

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Larissa Chaves Pedreira (Membro Interno) Larissa Chaves Pedreira

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas (Membro Externo) Adriana Valéria da Silva Freitas

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Juliana Bezerra do Amaral (Suplente) Juliana B. do A.

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Para todos que durante a vida, abdicaram de si para a cuidar de alguém.
“O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida “.

Leonardo Boff

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a **Deus**, por sempre estar presente em minha vida, principalmente em momentos de adversidades. Através da fé, sabia que essa vitória iria acontecer. Durante todo o período do mestrado, senti a Tua presença, Senhor, pois jamais iria conseguir concluir. Obrigada por me manter firme nessa caminhada!

Agradeço aos meus queridos pais, **Grigório Dantas dos Santos** e **Creusa Barbosa Santos**, pelo amor incondicional. Mesmo sem acesso ao estudo, sempre acreditaram na educação como ferramenta para formação pessoal e profissional. Através da simplicidade e humildade, vocês são grandes exemplos de vida.

Aos meus quatro irmãos, Lúcio, Lucimere, Moises e Marcos (in memoriam), por acreditarem no meu potencial, incentivando sempre a buscar os meus objetivos. Agradeço especialmente a minha irmã, Lucimere, pela presença e apoio nesta jornada. Irmã, obrigada pelas palavras motivadoras e companheirismo! À minha admirável avó D. Ernestina, por todo amor oferecido ao longo da minha vida. É você a minha referência sobre o cuidado transpessoal. Hoje, compreendo que a essência do cuidado com o idoso é através do amor.

Às minhas amigas e parceiras de vida, Rutinha e Kátia. Dois exemplos de seres humanos que utilizam a espiritualidade na vida. Amigas que sempre incentivaram e apoiariam a continuidade da minha formação acadêmica.

Aos colegas que estiverem presentes e sempre incentivaram e encorajaram para permanecer confiante nessa caminhada.

Às colegas da “Equipe Vicentina”, enfermeira Roseneide, Danielle, Conceição, Rosa, Deise e Camilla. A convivência com vocês foi maravilhosa! O cuidar da dimensão espiritual já existia em nossa rotina, por isso, agradeço pelos momentos de alegria que tive com vocês.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Oliva Menezes**, por contribuir para minha formação profissional. Muito obrigada pelo acolhimento e por compartilhar o conhecimento sobre a temática.

À **Escola de Enfermagem da UFBA**, por oportunizar, através do mestrado, o acesso ao conhecimento acadêmico. Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (**NESPI**), por possibilitar discussões acerca do envelhecimento, as quais contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço a professora **Larissa Chaves**, **Adriana Freitas** e **Juliana Amaral** pelos conselhos e orientações durante as reuniões.

Agradeço a todas as colegas deste período, especialmente a **Raniele Araújo e a Nildete Gomes**, pelo incentivo desde o início da caminhada. Muito obrigada por estarem presente nos momentos de dificuldades.

Por fim, agradeço também a todos os cuidadores formais, especialmente aos que participaram da pesquisa. Os depoimentos foram uma prova do quanto é importante validar a dimensão espiritual da pessoa idosa como uma necessidade que permeia o cuidado de si e do outro.

RESUMO

SANTOS, Lucivalda Barbosa. **O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal**. 105f. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2019

No processo de envelhecimento é necessária uma atenção para as necessidades emocionais e espirituais da pessoa idosa, dessa forma, muitos cuidadores formais utilizam o apoio da dimensão espiritual para melhor amenizar os problemas e conflitos vivenciados no cuidado com a pessoa idosa. O objetivo do estudo é analisar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em um Centro Geriátrico, através dos seguintes objetivos específicos: 1. Identificar o que o cuidador formal prioriza no cuidado a pessoa idosa; 2. Identificar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa. 3. Aprender os benefícios do cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador. Pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em um Centro Geriátrico de um hospital público filantrópico, na cidade de Salvador/Bahia, com 18 cuidadores formais, de acordo com os critérios estabelecidos. A coleta dos depoimentos foi realizada através de entrevista semiestruturada, no período de janeiro e fevereiro de 2019. Os dados foram sistematizados pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin e fundamentados pela Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, sob o Parecer de nº 3.094.135. Dos depoimentos emergiram cinco categorias: 1. Práticas prioritárias na assistência do cuidador à pessoa idosa; 2. Percepções dos cuidadores sobre as práticas religiosas da pessoa idosa; 3. A religiosidade/espiritualidade do cuidador e o cuidado a pessoa idosa; 4. O cuidador no cuidado espiritual à pessoa idosa; 5. Benefícios do cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador. O estudo revelou que os cuidadores priorizam os cuidados em relação à higiene e a segurança da pessoa idosa, contudo compreendem que o cuidado na dimensão espiritual também deve ser incluído na sua rotina. Ao estimular e incentivar a pessoa idosa na participação em atividades religiosas, o cuidador possibilita que a pessoa idosa encontre um novo significado de vida, através de sua fé em Deus.

Palavras-Chave: Cuidador. Idoso. Religiosidade. Espiritualidade.

ABSTRACT

SANTOS, Lucivalda Barbosa. **The formal caregiver in caring for the spiritual dimension of the elderly hospitalized in Geriatric Center: reflections from the Theory of Transpersonal Care.** 105f. 2019. Dissertation (Master degree) - Graduate Program in Nursing and Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2019.

In the aging process, attention is needed to the emotional and spiritual needs of the elderly person, thus, many formal caregivers use the support of the spiritual dimension to better alleviate the problems and conflicts experienced in caring for the elderly person. The objective of the study is to analyze how the formal caregiver takes care of the spiritual dimension of the elderly person admitted to a Geriatric Center, through the following specific objectives: 1. Identify what the formal caregiver prioritizes in caring for the elderly; 2. Identify how the formal caregiver takes care of the elderly person's spiritual dimension. 3. Understand the benefits of caring for the spiritual dimension of the elderly person for the caregiver. Research with a qualitative approach, conducted in a Geriatric Center of a philanthropic public hospital, in the city of Salvador / Bahia, with 18 formal caregivers, according to the established criteria. The testimonies were collected through a semi-structured interview, in the period from January to February 2019. The data were systematized by Laurence Bardin's Content Analysis and supported by Jean Watson's Theory of Transpersonal Care. The project was approved by the Research Ethics Committee, under Opinion No. 3,094,135. From the testimonies, five categories emerged: 1. Priority practices in caregiver assistance to the elderly; 2. Caregivers' perceptions of the elderly person's religious practices; 3. The caregiver's religiosity / spirituality and care for the elderly; 4. The caregiver in spiritual care for the elderly; 5. Benefits of care the spiritual dimension of the elderly person for the caregiver. The study revealed that caregivers prioritize care in relation to the hygiene and safety of the elderly, however they understand that care in the spiritual dimension must also be included in their routine. By encouraging and encouraging the elderly person to participate in religious activities, the caregiver enables the elderly person to find a new meaning in life, through their faith in God.

Keywords: Caregiver. Old Man. Religiosity. Spirituality.

RESUMEN

SANTOS, Lucivalda Barbosa. **El cuidador formal en el cuidado de la dimensión espiritual de los ancianos hospitalizados en centro geriátrico: reflexiones desde la teoría de la atención transpersonal.** 105f 2019. Disertación (Maestría) - Programa de Postgrado en Enfermería y Salud, Universidad Federal de Bahía, Salvador. 2019.

En el proceso de envejecimiento, se necesita atención a las necesidades emocionales y espirituales de la persona mayor, por lo tanto, muchos cuidadores formales utilizan el apoyo de la dimensión espiritual para aliviar mejor los problemas y conflictos experimentados en el cuidado de la persona mayor. El objetivo del estudio es analizar cómo el cuidador formal se ocupa de la dimensión espiritual de la persona mayor ingresada en un centro geriátrico, a través de los siguientes objetivos específicos: 1. Identificar lo que el cuidador formal prioriza en el cuidado de la persona mayor; 2. Identifique cómo el cuidador formal se ocupa de la dimensión espiritual de la persona mayor. 3. Comprender los beneficios de cuidar la dimensión espiritual de la persona mayor para el cuidador. Investigación con enfoque cualitativo, realizada en un Centro Geriátrico de un hospital público filantrópico, en la ciudad de Salvador / Bahía, con 18 cuidadores formales, según los criterios establecidos. Los testimonios se recopilaban a través de una entrevista semiestructurada, en el período de enero a febrero de 2019. Los datos fueron sistematizados por el Análisis de Contenido de Laurence Bardin y respaldados por la Teoría de la atención transpersonal de Jean Watson. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, bajo el Dictamen No. 3,094,135. De los testimonios, surgieron cinco categorías: 1. Prácticas prioritarias en la asistencia del cuidador a los ancianos; 2. Percepciones de los cuidadores de las prácticas religiosas de las personas mayores; 3. La religiosidad / espiritualidad del cuidador y el cuidado de los ancianos; 4. El cuidador en el cuidado espiritual de los ancianos; 5. Beneficios de cuidar la dimensión espiritual de la persona mayor para el cuidador. El estudio reveló que los cuidadores priorizan la atención en relación con la higiene y la seguridad de los ancianos, sin embargo, entienden que la atención en la dimensión espiritual también debe incluirse en su rutina. Al alentar y alentar a la persona mayor a participar en actividades religiosas, el cuidador le permite a la persona mayor encontrar un nuevo significado en la vida, a través de su fe en Dios.

Palabras Claves: Cuidador. Personas de Edad Avanzada. La Religiosidad. Espiritualidad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| AIVD | Atividades Instrumentais de Vida Diária |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| EEUFBA | Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência para Idosos |
| MS | Ministério da Saúde |
| NESPI | Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso |
| OSID | Obras Sociais Irmã Dulce |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| QV | Qualidade de Vida |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCT | Teoria do Cuidado Transpessoal |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Quadro 1 | Caracterização sociodemográfica dos participantes. Salvador, Bahia, | 38 |
| Quadro 2 | Caracterização sobre renda, comorbidades, formação do curso de cuidadores e motivo para escolha da profissão dos participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2019. | 40 |
| Quadro 3 | Descrição das categorias e sub-categorias aprendidas após análise dos depoimentos. Salvador, Bahia, 2019. | 41 |
| Quadro 4 | Descrição das categorias aprendidas relacionando com os <i>Caritas Process</i> após análise dos depoimentos. Salvador, Bahia, 2019. | 42 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1 O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A PESSOA IDOSA | 19 |
| 2.2 A PESSOA IDOSA E O CUIDADO HUMANO | 22 |
| 2.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA | 24 |
| 3. TEORIA DO CUIDADO HUMANO: CUIDADO TRANSPESSOAL – JEAN WATSON | 27 |
| 4. METODOLOGIA | 31 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 31 |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO..... | 31 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 33 |
| 4.4 COLETA DOS DEPOIMENTOS | 34 |
| 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS | 35 |
| 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 36 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 38 |
| 5.2 CATEGORIA 1: PRÁTICAS PRIORITÁRIAS NA ASSISTÊNCIA DO CUIDADOR À PESSOA IDOSA | 42 |
| Subcategoria 5.2.1 – Práticas voltadas às necessidades biológicas | 42 |
| Subcategoria 5.2.2 – Cuidado pautado na segurança da pessoa idosa | 44 |
| Subcategoria 5.2.3 – Cuidado pautado no afeto, amor, atenção e zelo | 46 |
| 5.3 CATEGORIA 2: PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES SOBRE AS PRÁTICAS RELIGIOSAS DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA | 48 |
| Subcategoria 5.3.1 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Organizacional | 49 |
| Subcategoria 5.3.2 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Não Organizacional | 51 |
| Subcategoria 5.3.3 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Intrínseca | 54 |
| 5.4 CATEGORIA 3: A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO CUIDADOR E O CUIDADO A PESSOA IDOSA..... | 55 |

| | |
|---|-----------|
| Subcategoria 5.4.1 – Significado da dimensão espiritual para o cuidador formal | 56 |
| Subcategoria 5.4.2 – A dimensão espiritual do cuidador formal como processo de transformação | 60 |
| Subcategoria 5.4.3 – A dimensão espiritual do cuidador formal respeitando a religiosidade no cuidado a pessoa idosa..... | 64 |
| Subcategoria 5.4.4 – Atitudes de paciência, empatia, tolerância e amor no cuidado a pessoa idosa | 66 |
| 5.5 CATEGORIA 4: O CUIDADOR NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA | 70 |
| Subcategoria 5.5.1 – O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir dos diálogos sobre religião | 71 |
| Subcategoria 5.5.2 – O cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa a partir do incentivo as práticas religiosas | 73 |
| Subcategoria 5.5.3 – O cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa a partir das necessidades físicas, emocionais e espirituais..... | 76 |
| 5.6 CATEGORIA 5: BENEFÍCIOS DO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA PARA O CUIDADOR | 80 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 83 |
| REFERÊNCIAS | 86 |
| APÊNDICE A | 92 |
| APÊNDICE B..... | 93 |
| APÊNDICE C | 96 |
| ANEXO A..... | 97 |
| ANEXO B | 98 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é algo natural, contínuo e dinâmico, que envolve mudanças irreversíveis na vida da pessoa idosa, com manifestações a nível biopsicossocial. Com a capacidade funcional reduzida, devido às manifestações fisiológicas próprias da idade, o corpo diminui a resposta aos estímulos, tornando-os mais susceptíveis a agravos e a doenças (LISBOA; PEROSI, 2015).

Essas limitações ainda merecem mais atenção à saúde da pessoa idosa quando associadas às doenças crônicas degenerativas, por causa de perdas cognitivas e funcionais. Os idosos com algum nível de dependência necessitam de alguém que assuma a responsabilidade de garantir alguns cuidados básicos. Dessa forma, cada vez mais tem sido necessária a presença de uma pessoa que desempenhe a função de cuidador (LABEGALINI, 2016).

O cuidador é uma pessoa com ou sem vínculo familiar, que auxilia a pessoa idosa com o objetivo de preservar sua autonomia e sua independência. O seu papel é de fazer ou ajudar na realização de suas necessidades, que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira (BRASIL, 2012).

Segundo Muniz et al. (2016), o cuidador presta os cuidados a pessoa idosa de maneira que esse cuidado seja contínuo e regular. Esse cuidador se responsabiliza em auxiliar a pessoa idosa que está incapacitada de maneira temporária ou definitiva na realização de atividades diárias. Os cuidadores podem ser classificados em dois tipos: cuidadores informais e formais.

O cuidador informal é uma pessoa da família ou da comunidade que auxilia a pessoa idosa em suas limitações físicas ou mentais, podendo ser do nível primário, secundário e terciário, sendo o primário, a principal pessoa responsável pelo cuidado. No geral, o cuidado a pessoa idosa é uma função a mais para o cuidador informal, o qual assume essa atividade por vontade própria ou por falta de outra opção e precisa apresentar disposição física, controle emocional e domínio nas atividades com a pessoa idosa e domicílio (ALMEIDA, 2015).

Já o cuidador formal é aquela pessoa que teve um preparo profissional para essa atividade e que apresenta objetivos e funções específicas para exercer essa função. Esse tipo de cuidador é contratado para exercer a atividade mediante uma remuneração. Pode atuar no domicílio (cuidador domiciliário) ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI (cuidador institucional). Sua presença se tornou constante em decorrência do envelhecimento populacional e das mudanças nas funções sociais das famílias (SILVA et al., 2015).

Silva et al. (2015) afirmam que para ser cuidador formal é necessário apresentar habilidades e qualidades para o exercício da sua prática. No exercício dessa atividade, a pessoa precisa ter um conhecimento teórico e prático específico para o cuidar, além de qualidades éticas, emocionais, físicas e intelectuais para as atividades. Basicamente, a função do cuidador fundamenta-se em auxiliar ou ajudar a pessoa idosa nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Para Scortegagana, Pichlere e Fácio (2018), o cuidado com a saúde da pessoa idosa deve ser multidimensional e precisa incluir, além dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais, também as necessidades espirituais. O cuidar na perspectiva da religiosidade e espiritualidade é fundamental, porque possibilita compreender as inquietações relacionadas à finitude da vida, isolamento social e, principalmente, na relação saúde-doença.

A utilização desse tipo de cuidado pode ser compreendida, também, como estratégia de resiliência durante a experiência de enfrentamento da relação saúde-doença nos cuidados a pessoa idosa. A resiliência incide em contextos que incluem práticas de superação, ações de adaptação, capacidade de aceitação, adoção de novas práticas de superar o que a dinâmica da vida apresenta no processo do envelhecimento (REIS; MENEZES, 2017).

Os cuidadores acreditam e reconhecem que a fé, a espiritualidade e as práticas religiosas auxiliam no cuidado a pessoa idosa, pois as dificuldades são enfrentadas com mais tolerância na nova realidade. O apoio espiritual pode ser expresso no cuidar, quando o cuidador é capaz de ouvir, conversar e compreender o outro, tornando a situação adversa menos dolorosa (FORTUNA et al., 2016).

Na área de enfermagem, compreende-se que o conceito sobre dimensão espiritual está relacionado com os aspectos que envolvem a religiosidade. Dessa forma, ela possui quatro significados distintos “fé e crença religiosa, crença em uma força/poder superior, bem-estar espiritual e atributo do espírito” (TAVARES et al., 2018, p. 2).

Os termos religiosidade e espiritualidade são utilizados frequentemente, porém, com significados distintos. O primeiro diz respeito às crenças e dogmas de uma determinada religião, ou seja, um conjunto de práticas e culturas consideradas religiosas, que se configura com a ação de frequentar um espaço religioso, ler ou ouvir músicas e textos sagrados com mensagens de conforto espiritual (ARRIEIRA et al., 2017).

Esses autores comentam, ainda, que a espiritualidade é um termo mais amplo, relacionado com a existência do ser humano e a transcendência. Sendo assim, ultrapassa a prática religiosa, pois inclui o emocional e o espiritual. Também, diz respeito ao estar bem consigo mesmo em todos os sentidos de plenitude da vida.

Segundo Almeida (2015), a presença da fé/religião fornece forças para enfrentar essa realidade. O emprego da crença religiosa colabora como meio de superação dos problemas, dificuldades físicas, psicológicas e econômicas. Acreditar no poder que o sagrado proporciona permite um melhor enfrentamento das circunstâncias da vida.

Diante do exposto, o despertar para essa temática foi em decorrência da minha trajetória profissional, visto que a dimensão espiritual já era presente. Como enfermeira assistencial de uma unidade de internação para pacientes que necessitavam de cuidados de longa permanência, o cuidado espiritual era uma prática constante, tanto para os profissionais de saúde, como para os pacientes.

Na rotina diária era comum a prática da oração e cânticos religiosos com todos os membros da equipe de enfermagem e outras pessoas que se interessavam, após a passagem do plantão. Nesse momento, os profissionais utilizavam sua fé em suas crenças religiosas, como estratégia de amparo, conforto e proteção para cuidar de si e, também, para cuidar do outro. Os resultados dessa prática trouxeram benefícios para todos os profissionais envolvidos, visto que muitos sentiam fortalecidos para as atividades a desempenhar após as orações.

Além disso, na unidade era bastante presente a religiosidade dos pacientes hospitalizados, visto que, através da fé, conseguiam superar as adversidades que enfrentavam devido ao processo de adoecimento. Como enfermeira, presenciei muitos momentos em que os pacientes demonstravam resiliência e superação diante das dificuldades, pois acreditavam na existência de um ser espiritual. As demonstrações mais frequentes eram orações, diálogos sobre religião, presença de objetos e livros religiosos, cânticos e louvores e presença de membros da congregação religiosa.

Outro motivo que incentivou aprofundar sobre essa temática foram as discussões sobre o tema durante as aulas como aluna especial nas disciplinas Cuidados Paliativos e Tanatologia, Enfermagem na Atenção ao Idoso e Espiritualidade e Saúde, ofertadas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA). As aulas suscitaram diversas discussões sobre o processo de envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, proporcionando questões e reflexões sobre o processo de cuidado dessa população.

Desde 2009, a literatura acadêmica brasileira inicia valiosas pesquisas científicas que apresentam a religiosidade e espiritualidade inseridas no campo da saúde, cujo conceito de “cuidado espiritual” começa a ser estabelecido. Esse novo paradigma colabora em ampliar a percepção do cuidar do outro em momentos de doença e sofrimento, com atenção as necessidades espirituais (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Contudo, na atenção à saúde da pessoa idosa, ainda é necessário expandir os conhecimentos dessa temática, principalmente no que se refere ao cuidador formal, pois incluir essa dimensão favorece uma nova mudança e ressignificação no cuidado a pessoa idosa. Os estudos sobre dimensão espiritual no processo do cuidado com o outro reconhece a necessidade de abordar esse tema relacionado à Qualidade de Vida (QV), enfrentamento de doença, promoção e reabilitação da saúde.

Pesquisas desse porte podem servir como instrumentos de referência para subsidiar novos estudos e, principalmente, por considerar que a espiritualidade é uma necessidade humana básica. Compreender como isso se desenvolve é considerar sua relevância no processo do cuidado humano, como estratégia de enfrentamento para as situações vivenciadas e pode dar um novo significado à vida.

No período de junho a agosto de 2018 foi realizado um levantamento no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), através das bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS e Index Psicologia – Periódicos Técnicos Científicos, utilizando os descritores em saúde em português “espiritualidade”, “cuidadores”, “idoso”, com o operador booleano AND. Inicialmente foram obtidos 109 artigos. Após utilizar os critérios de inclusão: idioma (inglês, espanhol, português), recorte temporal dos últimos cinco anos, disponível na íntegra e com aderência ao objeto de estudo, foram selecionados 25 artigos. Destes, foi realizada a leitura do título e do resumo, obtendo no final apenas 14 artigos para a leitura na íntegra, sendo 12 artigos na MEDLINE e um na LILACS e Index Psicologia – Periódicos Técnicos Científicos, respectivamente.

Como resultado final foi selecionado apenas um artigo na base de dados LILACS, que foi publicação em 2014. Este estudo, apresentava como os cuidadores de uma Instituição de Longa Permanência identificava a influência da religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida da pessoa idosa (OLIVEIRA; ALVES, 2014). O número insuficiente de artigos selecionados ocorreu devido ao critério de seleção: não abordarem a temática do cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa; estudos de população mista e artigos repetidos. Os estudos que foram excluídos apresentavam temáticas sobre cuidados paliativos, Doença de Alzheimer, qualidade de vida e cuidadores familiares.

A mesma busca ocorreu no banco de dados da Scientific Electronic Library Online – (SCIELO), na qual, dos 4 artigos selecionados, só um foi incluído. Já no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES foi também

evidenciada a necessidade de estudos sobre os cuidadores formais e o cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa, visto que dos 38 artigos disponibilizados, nenhuma produção foi selecionada com aderência ao objeto de estudo.

Essa realidade também é similar no contexto internacional, visto que a mesma pesquisa realizada na base de dados da PUBMED (US National Library of Medicine`s), utilizando os descritores no idioma inglês (spirituality AND caregivers AND aged), conforme o sistema MeSH (Medical Subject Headings) e com os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram obtidos 89 artigos, porém nenhum selecionado pelos mesmos motivos apresentados nas outras bases de dados.

Diante dos resultados apontados, justifica-se a realização desta pesquisa, pois existe a necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre o cuidador formal e o cuidado espiritual a pessoa idosa internada em Centro Geriátrico, visto que as pesquisas recentes a nível nacional indicam que, com o aumento da longevidade, há necessidade de melhor qualificar os cuidadores formais para o processo de cuidar.

Nesse contexto, o **objeto de estudo** é: O cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico, norteado pela seguinte **questão**: Como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico? Para responder a essa questão, o **objetivo geral** da pesquisa é: Analisar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico; os **objetivos específicos** são: 1. Identificar o que o cuidador formal prioriza no cuidado a pessoa idosa; 2. Identificar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa. 3. Aprender os benefícios do cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador.

Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), a pesquisa irá contribuir no cuidado da pessoa idosa, valorizando necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais que são diretamente afetadas durante o processo do cuidar. A pesquisa também amplia e fortalece as discussões sobre o apoio da utilização do cuidado espiritual no campo da saúde, visto que a inserção da religiosidade e espiritualidade pode oferecer um suporte ao cuidador formal no cuidado a pessoa idosa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A PESSOA IDOSA

Há uma necessidade de considerar o crescimento populacional como um problema de saúde pública, devido às implicações sociais que estão presentes na saúde da pessoa idosa. A estimativa demográfica aponta que no ano de 2020 haverá 29,8 milhões de pessoas idosas com 60 anos ou mais, chegando a aproximadamente 4,7 milhões de idosos com mais de 80 anos. Desse crescimento rápido e intenso, há pouco conhecimento sobre os idosos que são dependentes de cuidados especiais e que, conseqüentemente, necessitam da presença de um cuidador (AREOSA, 2013; LEITE et al., 2016).

O cuidador familiar sempre foi responsabilizado em âmbito jurídico pelo cuidado a pessoa idosa, assumindo essa função sem nenhum conhecimento e preparo. Além disso, as questões econômicas, afetivas, profissionais e emocionais impactam diretamente na rotina do cuidador familiar (SANCHES, 2016).

Devido a essa necessidade, o cuidador formal de idosos tornou-se uma alternativa para a sobrecarga física, emocional e social vivenciada pelo familiar. A presença desse profissional contribui para diminuir as adversidades que os cuidadores familiares estão expostos (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

Para Luongo e Datino (2017), os cuidadores de idosos têm o objetivo de prestar um atendimento adequado, que garanta a autonomia e a QV da pessoa idosa com dependência temporária ou definitiva. O crescimento desses profissionais no contexto de mercado de trabalho é justificado pela lacuna existente nessa área, devido ao aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônicas degenerativas.

A formação de cuidador objetiva habilitar a pessoa para exercer a referida função, preparando o indivíduo para fornecer um cuidado especializado na atenção à saúde da pessoa idosa. O interessado por essa área vai adquirir o conhecimento sobre o processo de envelhecimento, doenças comuns e as síndromes geriátricas. Também faz parte de sua formação respeitar a individualidade, privacidade e independência da pessoa que será cuidada (LUONGO; DATINO, 2017).

A trajetória histórica do cuidador formal iniciou-se em 1994, quando a Política Nacional do Idoso apresentou considerações sobre os cuidadores formais. Após cinco anos, o conceito de cuidador foi estabelecido como a pessoa que auxilia o cuidado da pessoa idosa, com ou sem remuneração. Atualmente, a função do cuidador formal configura-se como desempenho

ocupacional com registro na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), através do código 5162-10 (BRASIL, 2012; BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

No dia 21 de maio de 2019, o Senado Federal, aprovou o projeto de Lei nº 11/2016 que regulamenta a profissão de cuidadores de idosos, crianças e pessoas com deficiência ou doenças raras. Esse projeto, que ainda aguarda a sanção presidencial, apresenta os critérios para o exercício da profissão, bem como determina as atividades, deveres profissionais e as modalidades de contratação (BRASIL, 2019). Essa regulamentação é uma conquista para os cuidadores formais, porque legaliza a profissão e supre a lacuna de profissionais qualificados para atender as necessidades das demandas existentes no cuidado a população idosa.

Para exercer a função de cuidador formal são necessárias atribuições específicas: participação em cursos livres com carga horária de 80/160 horas, ter idade mínima de 18 anos e ensino fundamental completo. Os cursos de formação podem ser pelo modelo presencial ou semipresencial, oferecidos por instituições federal, estadual ou municipal. O trabalhador tem direito à liberdade de escolha em ser um trabalhador autônomo ou assalariado, com possibilidade de trabalhar em instituições ou em domicílios, através de uma jornada de trabalho por períodos, turnos ou tempo integral (BRANDÃO et al., 2017).

A rotina do cuidador formal pode ser compreendida no conjunto de ações explicitadas a seguir, tais como: realizar higiene física, administração dos horários da medicação, auxílio na mobilidade, promoção do bem-estar e acompanhamento em situações externas, como consultas e exames. A função também determina a inclusão e participação da pessoa idosa em atividades de lazer e educativas (BRASIL, 2002; 2012).

Alvarez, Polaro e Gonçalves (2015, p.1) descrevem que as principais atividades do cuidador são: “cuidar da saúde da pessoa idosa; promover bem-estar da pessoa idosa; cuidar da sua alimentação; cuidar do ambiente domiciliar e institucional; incentivar cultura e educação; acompanhar a pessoa idosa em atividades externas”.

Segundo Silva et al. (2015), os pré-requisitos para o desempenho da sua função englobam algumas competências, sendo que a principal é o conhecimento teórico e prático sobre a saúde da pessoa idosa. Também é preciso ter disposição física para as atividades de mobilização e capacidade de avaliação e decisão em algumas ações do cuidado.

Batista, Almeida e Lacman (2014) ainda acrescentam que, além desses atributos, compete ao cuidador manter um equilíbrio emocional para lidar em situações de estresse e tolerância em situações conflitantes. O cuidador precisa ter iniciativa, organização, discrição, honestidade e cultivar uma relação de confiança e respeito com a pessoa idosa.

Um estudo realizado com 40 cuidadores formais constatou que, para exercer a função, é necessária a união de habilidades emocionais, instrumentais e profissionais. Além disso, é preciso ter sentimentos de amor, paciência, tranquilidade, compreensão, boa vontade, responsabilidade e empatia. Para ser cuidador é preciso gostar de idosos, da profissão e precisa refletir sobre sua prática diariamente (SILVA; FALCÃO, 2014).

O cuidado a pessoa idosa revela ser muito mais amplo do que somente ofertar a medicação, dar o banho e a alimentação. Contudo, não faz parte de sua rotina realizar procedimentos técnicos de outra profissão, como os técnicos e auxiliares de enfermagem (BATISTA; ALMEIDA; LACMAN, 2014).

Matuk e Teixeira (2015) complementam que o cuidador da pessoa idosa, por não ser um profissional de saúde, deve executar somente as atividades que foram planejadas e orientadas por um profissional ou familiar, como também, pode recusar realizar qualquer procedimento que esteja além da sua função. Na sua rotina diária, cabe somente ao cuidador comunicar as mudanças e alterações que houve com o idoso e as condutas que foram realizadas.

Pesquisa realizada sobre a formação profissional de cuidadores de idosos destacou que a maioria dos participantes fizeram o curso específico, todavia, essa formação ocorreu durante uma semana. Além disso, observou-se que as atividades práticas obrigatórias eram substituídas por aulas demonstrativas, caracterizando a fragilidade existente na formação e que apresenta consequências diretas para o exercício da função (SILVA et al., 2015).

Sobre esse aspecto, Scortegagna, Pichler e Faccio (2018) analisam que os cuidadores formais ainda precisam obter mais conhecimento para o cuidado a pessoa idosa. A assistência oferecida pelos cuidadores apresenta algumas lacunas que não acolhe as outras realidades vivenciadas pela pessoa idosa, visto que têm uma prática direcionada somente na realização de tarefas. Entretanto, o processo de cuidar também envolve uma atenção para as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais do ser humano.

Ainda, esses autores acrescentam que, durante o envelhecimento, o idoso torna-se vulnerável emocionalmente, devido ao diagnóstico da doença, tratamento a longo prazo, conflitos pessoais e afastamento do convívio familiar. Muitos idosos utilizam a religiosidade e espiritualidade como apoio nas suas adversidades, pois acreditam que sua crença religiosa fornece um suporte para encontrar um novo sentido para a vida.

Em relação ao ambiente hospitalar, para Caires e Leander (2016), abordar sobre as questões que envolvem religião e religiosidade da pessoa idosa são consideradas necessárias, por que contribuem para amenizar a depressão, a ansiedade e sensação de morte. Através da prática de sua crença religiosa, o idoso utiliza a fé como estratégia de enfrentamento para o

adoecimento. Mesmo diante dos problemas, os mesmos se sentem confiante, seguros e gratos pela presença de Deus, divino ou sagado.

A dimensão espiritual deve ser considerada importante no cuidado a pessoa idosa, da mesma forma que a dimensão biológica, psicológica e social. Essa dimensão deve ser valorizada, visto que muitos idosos, durante toda vida, tiveram uma proximidade direta com os aspectos religiosos e espirituais. Oferecer esse tipo de cuidado possibilita para o indivíduo novas mudanças, que contribui para a promoção da saúde, recuperação e reabilitação e, conseqüentemente, para a QV. Contribui também, para amenizar ou diminuir os conflitos existenciais, através da esperança de dias melhores, com um novo significado e propósito de vida (OLIVEIRA; MENEZES, 2018).

2.2 A PESSOA IDOSA E O CUIDADO HUMANO

No Brasil, estima-se que 10% das pessoas acima de 65 anos necessitam de ajuda para realizar alguma atividade básica de autocuidado e 40% dos brasileiros com essa idade dependem de ajuda para realizar AIVD. Esses dados indicam uma realidade quando se discute expectativa de vida, crescimento populacional e envelhecimento, visto que a pessoa idosa vai necessitar de algum tipo de cuidado em algum momento da velhice (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Sobre o conceito de cuidado, Waldow (2001) compreende que é uma maneira de se relacionar com alguém, construindo uma relação de confiança mútua para auxiliar o crescimento e a realização do outro. O termo cuidado vem da palavra em latim *cogitare*, que por sua vez significa ter cuidados e dar atenção a uma situação ou pessoa. É um tema recorrente na historicidade humana, porque apresenta as relações de cuidado entre os indivíduos em algum momento de sua vida.

O ser humano é um ser de cuidado e nasce com este potencial, portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam igualmente de serem cuidadas. Porém, esta capacidade será mais ou menos desenvolvida devido às circunstâncias que intervêm neste processo como o ambiente, a cultura, a economia, a política, a religião, entre outros (WALDOW, 2010).

O cuidado é considerado um fenômeno que engloba três vertentes: existencial, relacional e contextual. A vertente existencial é aquela que faz parte do ser, ao conferir a condição de humanidade; a relacional ocorre em relação com outro ser; e a vertente contextual assume variações, intensidades e diferenças nas maneiras e expressões de cuidar, conforme o meio em que ocorre (WALDOW, 2010).

O cuidar pode ser identificado como “mais que um ato; é uma atitude”, pois se concentra em um posicionamento de atenção, zelo, ocupação, preocupação, responsabilidade e afeto em relação ao próximo. Faz parte da natureza e da constituição do homem, sem ele não há sua existência (BOFF, 2014, p. 37).

Waldow (2010) afirma que o cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca, que tem importância e definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa. Assim, sem o cuidado o homem perde sua natureza humana. Queiroz et al. (2016) ainda trazem a concepção que o termo cuidar tem do ponto de vista de um ato de compaixão, ajudar a alguém na sua independência, o desejo de ajudar o próximo e ofertar atenção ao outro.

Para o cuidado ocorrer não é necessário conhecer o ser que receberá o cuidado, ou ter uma relação de amizade. Basta somente ter empatia e solidariedade, que são condições de qualquer ser humano. Cuidar é interagir e perceber o outro como um ser que pertence a um contexto sociocultural, com significados que foram construídos ao longo da vida (NOVAIS, 2013). Sendo assim, neste estudo a Teoria do Cuidado Transpessoal (TCT) de Jean Watson subsidiará a discussão, tendo em vista que ela defende as interações no cuidado.

Tratando-se da pessoa idosa, o conceito de cuidado está direcionado para um contexto que depende diretamente do estilo de vida, condições culturais, econômicas, sociais e doenças crônicas degenerativas. O envelhecimento é um fenômeno que atinge a todos os seres humanos; é contínuo, progressivo e irreversível, porém, pode variar de indivíduo para indivíduo devido a fatores biológicos, psíquicos e sociais (RIBEIRO; SILVA, 2017).

Dentro dessa realidade, o cuidado se inicia no momento em que o cuidador identifica o que a pessoa idosa pode realizar sozinha, preservando sempre sua autonomia e independência. Não deve estar centralizado somente ao diagnóstico e prognóstico médico, e deve integrar o idoso, a família e o profissional de saúde (MATUK; TEIXEIRA, 2015).

Luongo e Datino (2017) esclarecem que o cuidado a pessoa idosa vai além dos aspectos físicos, pois engloba questões a nível psicológico. Os sentimentos, comportamentos e emoções que rodeiam a velhice são reflexos da trajetória de vida, decepções passadas e das limitações físicas da idade. Toda essa demanda a nível psicológico faz com que o idoso fique sem motivação para adaptar-se à nova realidade e desiludido com sua própria vida. Tal afirmação corrobora com a teoria de Jean Watson, que amplia a visão do cuidado para além do corpo físico, atendendo a demanda social e espiritual.

Para Matuk e Teixeira (2015), o indivíduo que cuida da pessoa idosa deve informá-la de tudo que está fazendo, preservando sua autonomia, confiança, valorização e autoaceitação.

Quem cuida também deve valorizar a pessoa idosa na sua singularidade, respeitando suas crenças espirituais e proporcionando sua participação em atividades de cunho religioso.

Cuidar da pessoa idosa contextualiza a compreensão das necessidades de uma etapa da vida do ser humano, cujas atitudes demonstram uma maneira particular em relação às necessidades e dinâmicas de cuidados. Neste contexto, o cuidado espiritual proporciona sentimento de amparo e bem-estar, conforto emocional e aceitação sem a busca de culpados pelo momento de enfrentamento de doenças e perdas familiares (REIS; MENEZES, 2018).

Dessa maneira, o cuidado também é visto como entender e respeitar a outra pessoa como ela é, aquilo que gosta, como se identifica, seus gestos, sua comunicação, seu jeito de ser, dores e limitações. No momento em que o cuidador consegue todas essas informações, ele presta um cuidado particularizado, a partir das necessidades da pessoa idosa que será assistida (BRASIL, 2008).

O cuidar da pessoa idosa indica desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. Também, a responsabilidade e preocupação pela vida do outro, pois quem cuida se sente envolvido afetivamente pelo próximo, “porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém, nem deixará de se inquietar pela pessoa amada” (BOFF, 2014, p.104). O verdadeiro sentido de cuidar inicia-se quando a vida de alguém é considerada importante e a partir daí há empenho e disponibilidade em participar de tudo que o rodeia.

2.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA

A religiosidade e a espiritualidade sempre estiveram presentes na história da humanidade. Por se tratar de vivências particulares, e por se configurar como práticas culturais, a religiosidade e a espiritualidade apresentam a maneira como os indivíduos se relacionam consigo mesmo, enfrentam as adversidades e a sua relação com o mundo (REIS; MENEZES, 2017).

No campo da saúde, já existe um movimento crescente de pesquisas sobre a temática da espiritualidade. Em relação aos aspectos sobre a dimensão espiritual, observa-se que, mesmo com sua complexidade, a religiosidade e a espiritualidade fazem parte do cuidado do ser humano (REIS; MENEZES, 2017). Desde a década de 80 que discussões acerca do emprego da espiritualidade no cuidado a saúde vem sendo pesquisado, contudo, no Brasil somente em 2009 foi que essa temática ganhou notoriedade no campo da saúde, mesmo que ainda não houvesse essa integração (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

As pesquisas que envolvem envelhecimento e espiritualidade ainda são incipientes; durante muito tempo ficaram distantes das discussões no campo científico, mesmo após a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter reconhecido a importância da dimensão espiritual para a promoção da saúde e QV. Ao estudar o processo de envelhecimento e a espiritualidade iremos ampliar o conhecimento em questões que envolvem uma etapa final da vida – envelhecimento e um novo sentido da vida – espiritualidade (CHAVES; GIL, 2015).

No cotidiano, os conceitos de espiritualidade e religiosidade, apesar de serem expressos de maneira similar, não são sinônimos, visto que a religiosidade é uma expressão da espiritualidade (ROCHA; CIOSEK, 2014). A espiritualidade e a religiosidade não podem ser interpretadas da mesma forma, pois o primeiro tem um significado relacionado a uma busca pessoal para compreender as questões de finitude da vida (EVANGELISTA et al., 2016).

A espiritualidade tem envolvimento com o sagrado e o transcendente, que pode estar ou não relacionado às práticas religiosas. Já a definição de religiosidade diz respeito à organização de uma determinada religião com relação a suas crenças, celebrações, práticas, rituais e símbolos, na qual o indivíduo acredita, segue e pratica seus dogmas e convicções, podendo ser uma das abordagens na qual a espiritualidade pode ser expressa (EVANGELISTA et al., 2016).

A forma com o ser humano compreende a religiosidade é representada se configura em três dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI). A RO equivale ao contexto propriamente religioso, conforme a assiduidade aos espaços religiosos e a prática de atividades relacionadas com o espaço (SANTOS; ABDALA, 2014).

Santos e Abdala (2014) ainda afirmam, que a RNO diz respeito às práticas religiosas que não são convencionais, ou seja, não existe a exigência de obediência às normas e regras descritas num espaço e horário específicos para a prática religiosa e pode ser individual ou não. A RI diz respeito àquilo que é essencial e inerente ao ser humano, por isso, situa-se com caráter subjetivo, visto que avalia o papel da religiosidade em sua vida.

Ainda não há conhecimento de que forma a dimensão espiritual influencia na saúde, apesar dos pesquisadores já acreditarem na importância dessa relação. Nas dificuldades vivenciadas ao lidar com uma doença, a espiritualidade será associada a um novo significado da vida e um propósito de resistência às dificuldades as quais estão expostas. Pode ser manifesta de diversas formas, variando de acordo com a idade, religião, cultura e estado de saúde (ROCHA; CIOSEK, 2014).

O apoio e proteção do sagrado e divino auxiliam nas situações adversas, superando os eventos estressores. Através da fé e da oração, a religiosidade e espiritualidade ocasionam

sensações de bem-estar, que repercutem diretamente na saúde física e mental do indivíduo. Isso remete aos cuidadores de idosos utilizarem a dimensão espiritual como uma estratégia de apoio às situações vivenciadas no processo do cuidar (RODRIGUES et al., 2017).

Em contrapartida, também auxilia a pessoa idosa diante do processo que vivencia, ao enfatizar nas suas práticas de cuidado a dimensão espiritual, ou seja, a inclusão do cuidado espiritual favorece tanto para o ser que cuida como também para o ser que recebe o cuidado (RODRIGUES et al., 2017).

O estudo de Oliveira et al. (2017), com 52 cuidadores identificou que a presença da fé é um meio de superação do sofrimento que contribui para a estabilidade emocional. A confiança que a espiritualidade promove, através da oração e meditação origina uma força em um ser superior, capaz de dar sentido à vida e ânimo para enfrentar as dificuldades do dia a dia. Para o cuidador, isso proporciona novas motivações e outras possibilidades e perspectivas. Contribui, também, como fonte de esperança, satisfação com a vida e conforto espiritual.

Uma pesquisa sobre a concepção da espiritualidade e QV da pessoa idosa identificou que a prática ou crença religiosa proporciona uma sensação de apoio, sustentação e refúgio. Os participantes revelaram, também, que se sentem confiantes e seguros em saber que suas vidas estão conectadas com a presença de algo ou alguém que consideram sagrado. Suas vivências espirituais estão diretamente relacionadas à participação em alguma instituição religiosa e a leitura da Bíblia, livros e revistas relacionados à religião professada fazem parte dessa experiência (CHAVES; GIL, 2015).

Segundo Fortuna et al. (2016), a inserção da dimensão espiritual pode ser expressa no cuidado a partir do momento em que o cuidador manifesta uma atenção capaz de ouvir, conversar e entender a pessoa idosa, tornando as adversidades menos impactantes. A religiosidade e espiritualidade também promovem boas perspectivas e novos significados para a vida e o envelhecimento.

Neste contexto, as necessidades espirituais devem ser valorizadas e inseridas nas atividades diárias do cuidador formal da pessoa idosa, pois promove uma melhor compressão da realidade vivida para ambos os indivíduos: o ser que cuida e o que recebe o cuidado. Integrar a dimensão espiritual no cuidado a pessoa idosa contribuirá para a QV, promoção e reabilitação da saúde.

Para alguns cuidadores, ter fé significa ter força e suporte para superar a dor e o sofrimento. Também serve como equilíbrio emocional e energia para continuarem vivendo. O fortalecimento que esse cuidador obtém repercute ainda para quem está recebendo o cuidado, melhorando o nervosismo e a relação interpessoal (OLIVEIRA, 2017).

Nos momentos de dificuldades, a relevância da dimensão espiritual na saúde coloca a busca dos indivíduos através da fé e da crença como um suporte para as situações adversas. Para os cuidadores de idosos, neste contexto, ter fé significa ter cuidado com eles mesmos e, conseqüentemente, com o próximo, visto que se sentem fortes e corajosos para dar continuidade aos percursos da vida. A espiritualidade e a religiosidade fornecem um suporte emocional, espiritual e também social, colaborando positivamente na superação das dificuldades da rotina do cuidado (SOUZA et al., 2017).

3. TEORIA DO CUIDADO HUMANO: CUIDADO TRANSPESSOAL – JEAN WATSON

As teorias da enfermagem surgiram no momento da evolução da enfermagem, como uma ciência que proporciona a reabilitação da saúde do indivíduo, atuando na promoção, prevenção e recuperação. Uma teoria é um conjunto organizado e sistematizado de conceitos, que oferece o conhecimento para que o cuidado seja efetivado. Dessa forma, na enfermagem, esses conceitos estão relacionados a sua prática e fenômenos, com o objetivo de descrever, esclarecer, diagnosticar e prescrever as ações com fundamento científico (PICOLLI et al., 2015; TONIN et al., 2017).

Todas as teorias permitem discutir a prática profissional por quatro dimensões centrais: paciente, paciente-ambiente, enfermeiro-paciente e terapêutica de enfermagem. No modelo biomédico somente é considerada as necessidades físicas e biológicas dos seres humanos. Contudo, a enfermagem deve valorizar a pessoa que precisa do cuidado, respeitando seu contexto individual, cultural e espiritual. A Teoria do Cuidado Transpessoal (TCT) desenvolvida por Jean Watson considera que o cuidado ocorre através de um relacionamento transpessoal, onde os envolvidos formam uma única sintonia (SAVIEIRO; LEÃO, 2016).

A história sobre a TCT de Margareth Jean Harman Watson iniciou-se nos EUA, onde ela obteve em 1964 o grau de bacharel em Enfermagem e, posteriormente, o título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e doutorado em Psicologia Educacional. A teoria de Watson considera desde 1985 que o cuidado é o foco central da enfermagem, em uma dimensão que transcende o tempo, o espaço e o físico (WATSON, 2018).

Para Watson (2009), a teoria é um método muito utilizado nas universidades e nos hospitais desde a década anterior, como um guia de referência para a mudança da prática de enfermagem. Esse novo conceito fundamenta-se na concepção que o cuidado humano perpassa por uma atenção filosófica, ética, moral e espiritual.

O Cuidado Transpessoal compreende o ser humano em sua dimensão existencial, visto que não tem como cuidar do outro desconsiderando sua individualidade, subjetividade, sua mente, corpo, espírito e alma. Para o cuidado ser efetivado, o outro é identificado como um ser completo, capaz de potencialidades e forças internas para a cura (WATSON, 2018).

A Teoria Transpessoal é considerada uma visão filosófica, ou até mesmo metafísica, pois considera o conceito de alma, espírito e transcendência. Engloba dois diferentes campos fenomenais, que se funde em uma experiência de cuidar, ou seja, consiste em um momento em que tanto o cuidador e o ser cuidado compartilham sua percepção. Os dois indivíduos criam um campo de energia que proporciona uma autocura, na qual as presenças espirituais de ambos estão presentes, considerando a existência da intersubjetividade nessa relação (WALDOW, 2007).

A teoria de Jean Watson contrapõe ao modelo hegemônico na área de saúde, pois traz novas alternativas do paradigma do cuidado em enfermagem. Para o profissional, esse modelo determina um novo olhar sobre o indivíduo em suas questões pessoais, emocionais e espirituais, compreendendo que o cuidado é bem mais que contribuir para a cura de uma doença (ALBURQUERQUE, 2015).

O cuidado transpessoal coloca em evidência a valorização do ser humano porque procura compreender e reconhecer a subjetividade presente na relação entre os indivíduos. No cuidado proposto na TCT ocorre uma proximidade entre os envolvidos, visto que, existe uma empatia e identificação para as necessidades do outro, principalmente as espirituais. Jean Watson considera que o cuidar em enfermagem deve propiciar no indivíduo sentimentos e emoções que colaborem para um auto-conhecimento e promova sua recuperação (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Dessa forma, os *Caring Factors*, apresenta uma estrutura para estudar e compreender a profissão, a partir de um sistema de valores que objetiva um cuidado fundamentado para um equilíbrio do corpo, mente e espírito. Os dez fatores têm o princípio básico de como deve ser o cuidado com o outro ser humano: 1. Sistema de valores humanísticos e altruísticos; 2. Fé e a esperança; 3. Sensibilidade para si e com outros; 4. Relacionamento de ajuda e confiança; 5. Promover e aceitar sentimentos positivos e negativos; 6. Processo de cuidar resolutivo e criativo na resolução de problemas; 7. Favorecer o ensino e a aprendizagem transpessoal; 8. Ambiente de apoio e proteção com uma perspectiva da dimensão física, mental, social e espiritual; 9. Assistência às necessidades humanas básicas; 10. Admissão de forças existenciais, fenomenológica e espiritual (WATSON, 2002a, 2007).

Após 22 anos, quando criou o *Carative Factors* (1985), Jean Watson reformou em 2007 seus princípios com uma nova terminologia para *Clinical Caritas*. Essa substituição foi desenvolvida e aprimorada, por apreciar o cuidado como sagrado, na qual há o envolvimento do universo e do divino, considerando a necessidade da dimensão espiritual e o reconhecimento de que para cuidar é preciso ter sensibilidade, delicadeza e amor. A TCT é uma referência mundial em instituições hospitalares, principalmente nos EUA e no México; o seu crescimento possibilitou a criação do instituto *Watson Caring Science Institute* para divulgar os princípios da teoria e colaborar na formação de profissionais e nas pesquisas científicas (ALBURQUERQUE, 2015; SAVIEIRO; LEÃO, 2016).

Nessa atualização, Savieiro e Leão (2016) apresentam que os dez fatores de cuidados apresentados por Watson foram aprimorados e passaram a ter outro significado, porém mantém que o cuidado transpessoal somente será efetivado quando existe uma relação empática para as necessidades do outro. Os atuais *Clinical Caritas Process* são: 1. Prática de bondade e equanimidade com outro e para si; 2. Estar presente e valorizar o sistema de crenças do ser cuidado; 3. Promover práticas espirituais próprias para o conhecimento individual; 4. Manter o cuidar autêntico por meio de um relacionamento de ajuda-confiança; 5. Apoiar expressão de sentimentos positivos e negativos; 6. Utilizar conhecimento e intuição de forma criativa na resolução de problemas; 7. Vincular-se verdadeiramente na experiência de ensino-aprendizagem; 8. Proporcionar um ambiente de restauração física, emocional e espiritual; 9. Promover alinhamento de corpo, mente e espírito, a fim de atender às necessidades do indivíduo; 10. Considerar os aspectos espirituais, de vida e morte.

A teoria de Watson afirma que, no fenômeno do cuidado humano, há um envolvimento da enfermeira com o paciente. Nesse encontro, todos os envolvidos estão abertos para novas possibilidades de cura a níveis mais profundos, contemplando o campo/plano metafísico. Cada ser é capaz de transcender o físico, através de sua experiência espiritual, sentimentos, emoções e forças internas (WATSON, 2018).

Para Jean Watson, a TCT objetiva um nível de consciência que busca a construção/crescimento do ser cuidado através do apoio da mente e do espírito. Esse tipo de cuidado permite que a própria pessoa tenha a possibilidade de modificar e transformar de acordo com as suas escolhas e ações amadurecidas devido a sua consciência, o amadurecimento do seu “*self*” (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

O trabalho de Tonin et al. (2017) apresenta justamente como os 10 elementos tem uma atenção sobre mistérios espirituais e questões sobre a existência da vida e da morte. Para que isso ocorra é necessário que haja uma reflexão sobre alguns aspectos da dimensão espiritual,

tais como: considerar o que é importa para si e respeitar o significado do outro; manter um ambiente sagrado de cura do outro, respeitando o seu tempo e necessidade; permitir-se a existência de milagres; reconhecer que há limites na ciência e considerar uma nova prática para o cuidado; identificar a força da espiritualidade no processo de cura e mostrar que o ser humano é capaz de fortalecer seu cuidado através de forças internas.

Ao utilizar a teoria, compreende que na enfermagem o cuidado não acontece sozinho, pois a enfermeira precisa do outro para que o cuidado aconteça, ou seja, “o eu do enfermeiro se encontra e se une ao eu do cliente”. Nessa relação, o cuidar sob a ótica transpessoal é uma forma especial que se tem com o outro, porque há uma união onde se considera o ser cuidado pelo que ele é, sua realidade, experiência e vivência do mundo. A partir desse contexto, no momento do cuidado, a enfermeira e o paciente tornam-se únicos, em uma mesma sintonia (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013, p.4).

Dessa forma, para o cuidado transpessoal se expressar na enfermagem, ele acontece através da relação entre duas pessoas – o enfermeiro e o paciente, ou, entre o ser que cuida e o que recebe o cuidado, através da dimensão subjetiva desses seres envolvidos. Essa subjetividade permite que cada um promova um encontro de suas histórias de vida e suas realidades, tornando um campo fenomenológico onde ambos serão influenciados e afetados devido a intensidade do envolvimento (ALBURQUERQUE, 2015).

Na teoria de Watson, o objetivo da saúde é compreendido como uma unidade do equilíbrio da mente, do corpo e da alma. Desta maneira, o indivíduo deve ser visto como um ser integrado no momento de cuidado. O problema de enfermagem não existe só no âmbito físico, mas, também, no psicológico e no social, por isso, o cuidado na perspectiva humanística preserva e valoriza os sentimentos, a autoconfiança, a esperança e a fé (PICOLLI et al., 2015).

A importância da inclusão dessa realidade da enfermagem é expressa por Albuquerque (2015), por considerar que o modelo de cuidado proposto por Watson deve ser incorporado, visto a necessidade do enfermeiro estar receptivo as demandas emocionais, existenciais e espirituais do ser que recebe o seu cuidado. Nesse contexto, considera que é preciso evoluir para um cuidar além das necessidades fisiológicas, compreendendo o ser humano em todas as outras dimensões, afastando-se de uma prática fragmentada e reducionista do modelo biomédico. Segue abaixo, a descrição dos *Clinical Caritas Proces*:

| <i>Clinical Caritas</i> | Conceito |
|---------------------------|---|
| <i>Clinical Caritas 1</i> | Prática de bondade e equanimidade com outro e para si; |
| <i>Clinical Caritas 2</i> | Estar presente e valorizar o sistema de crenças do ser cuidado; |

| | |
|----------------------------|---|
| <i>Clinical Caritas 3</i> | Promover práticas espirituais próprias para o conhecimento individual; |
| <i>Clinical Caritas 4</i> | Manter o cuidar autêntico por meio de um relacionamento de ajuda-confiança; |
| <i>Clinical Caritas 5</i> | Apoiar expressão de sentimentos positivos e negativos; |
| <i>Clinical Caritas 6</i> | Utilizar conhecimento e intuição de forma criativa na resolução de problemas; |
| <i>Clinical Caritas 7</i> | Vincular-se verdadeiramente na experiência de ensino-aprendizagem; |
| <i>Clinical Caritas 8</i> | Proporcionar um ambiente de restauração física, emocional e espiritual; |
| <i>Clinical Caritas 9</i> | Promover alinhamento de corpo, mente e espírito, a fim de atender às necessidades do indivíduo; |
| <i>Clinical Caritas 10</i> | Considerar os aspectos espirituais, de vida e morte. |

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, pois tem como objetivo primordial descrever as características do fenômeno estudado e identificá-lo no seu campo prático. É um tipo de pesquisa que se preocupa com a funcionalidade do fenômeno, contemplando quatro aspectos: a descrição, o registro, a análise e a interpretação (MINAYO, 2010).

A pesquisa é considerada exploratória, porque apresenta uma visão geral e aprofundada do assunto proposto, principalmente quando não há muitos estudos sobre o objeto da pesquisa. Sua dimensão descritiva inclui o estudo e as características de determinadas populações e respectivos fenômenos. Neste sentido, uma de suas aplicabilidades é que pode ser utilizada em diversos estudos que estabelece uma relação entre as variáveis (GIL, 2014).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O cenário de estudo ocorreu no município de Salvador, Bahia, no Centro de Geriatria e Gerontologia de uma instituição pública e filantrópica, com capacidade de 3,5 milhões de atendimentos ambulatoriais por ano aos usuários do SUS. A instituição oferece assistência para idosos, pessoas com deficiência e com deformidades craniofaciais, pacientes sociais, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas e crianças e adolescentes em situação de risco social (OBRAS SOCIAS IRMÃ DULCE, 2011; 2013).

Em relação à atenção à saúde do idoso, a unidade desenvolve um atendimento na área

da geriatria e gerontologia desde 1986. Por meio de equipe multidisciplinar, o Centro Geriátrico contempla a promoção, o tratamento e a reabilitação da pessoa idosa, oferecendo atendimento ambulatorial, hospitalar e moradia. Esta ainda contabilizar o incentivo à cultura, esporte, recreação e lazer, em seus vários núcleos de apoio (OBRAS SOCIAS IRMÃ DULCE, 2011; 2013).

No Centro Geriátrico existem três enfermarias de internação, contudo, uma é considerada uma unidade de residência de longa permanência, através da modelo moradia, ou seja, os idosos são residentes nesta enfermaria; somente neste local existe a presença do cuidador formal. No total são nove enfermarias, cada uma tem a capacidade para oito leitos, sendo que sete são femininas e duas masculinas. No momento, há 72 idosos institucionalizados, sendo 16 do sexo masculino. O morador mais antigo tem 20 anos na instituição e o idoso mais velho tem 103 anos.

O processo de admissão ocorre por três modalidades: 1. Decisão espontânea, quando os idosos, mesmo com existência da família desejam ir voluntariamente; 2. Decisão familiar, quando a família não tem condições de cuidar; 3. Demanda da Unidade: são os casos de idosos internados na instituição que, no momento da alta, não tem referência familiar. Todas as admissões só ocorrem após uma avaliação social, que identifica o déficit familiar e disponibilidade da vaga, ressaltando que há uma atenção em organizar os idosos admitidos em cada enfermaria, de acordo o seu diagnóstico médico e estado de saúde.

No local de estudo, a assistência para a população idosa possibilita a promoção para um envelhecimento ativo e saudável. Os idosos frequentemente participam de diversas atividades desenvolvidas pelos grupos de convivência. Além disso, a instituição promove o convívio social, através de atividade de lazer e recreação, tais como: praia, cinema, pizzaria e visita ao metrô. Esses idosos também são acompanhados por diversos profissionais da área de saúde: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogos, assistentes sociais, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional.

O Centro Geriátrico oferece o Curso para Cuidadores de Idosos e parte dos profissionais da instituição tiveram a formação na própria instituição. O curso possibilita capacitar pessoas interessadas em atuar no cuidado ao idoso, seja através da prestação de serviços em domicílios, ou na atuação em instituições de longa permanência. É considerada uma referência na capacitação de pessoas interessadas em atuar no segmento, devido à falta de profissionais qualificados para atendimento aos idosos.

A pesquisa só foi realizada após a permissão da instituição, através do um ofício solicitando a liberação do campo e o termo de anuência (APÊNDICE A e ANEXO A). Após a

liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, a pesquisadora seguiu os trâmites burocráticos, através de contatos com o setor de Recursos Humanos (RH) da instituição. A liberação para o livre acesso ao local de estudo ocorreu através de um crachá de identificação.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os cuidadores formais de idosos são pessoas contratadas para auxiliar as necessidades dos idosos da enfermaria com diferentes níveis de dependência: total ou parcial. Existe 28 cuidadores, sendo 19 mulheres e nove homens, trabalhando em uma escala de serviço diurno e noturno, todos os dias da semana. A rotina desses profissionais inclui, além dos cuidados de higiene e alimentação, encaminhamento para realizar exames simples ou interconsultas, sempre com a supervisão e orientação da enfermeira.

A pesquisa foi composta por dezoito cuidadores formais, dos vinte e oito que exercem a profissão, sendo que dezessete foram do período diurno e uma do período noturno. Na organização da unidade existem dois grupos de cuidadores que trabalham em escala de plantões de doze horas, identificados como grupo par e ímpar. A distribuição desses profissionais ocorre da seguinte forma: onze ou doze são responsáveis por oito idosos, porém, sempre tem um cuidador como apoio e três são responsáveis pelo serviço noturno. Todos são supervisionados por uma enfermeira coordenadora e outras enfermeiras da unidade.

Os critérios de inclusão foram: 1. Cuidadores formais contratados pela instituição; 2. Que exerça a função de cuidador há no mínimo seis meses na instituição. Foram excluídos os participantes contratados pela instituição que estejam em período de férias, licença médica ou licença maternidade. Houve interesse de mais cuidadores em participar do estudo, contudo, os dezoitos participantes que foram selecionados conseguiram cumprir o critério de saturação da amostra, no momento em que os depoimentos, começaram se repetir, finalizando a coleta de dados.

Para promover a aproximação e interação da pesquisadora com os sujeitos/participantes, antes da fase das entrevistas, algumas etapas foram consideradas importantes para conduzir o trabalho de campo, com atenção aos fatos que foram observados. Primeiramente, foi realizado um diálogo com a enfermeira da Educação Continuada, para conhecer as normas institucionais e obter informações sobre a rotina da unidade e dos participantes, tais como: acessibilidade ao local de estudo, disponibilidade de horário para as entrevistas, contato prévio com os cuidadores, tempo de trabalho como cuidador, funções/atribuições do cuidador. Nessa etapa,

também houve apresentação da pesquisa para os outros profissionais da instituição, possibilitando o conhecimento dos envolvidos sobre a pesquisa.

Posteriormente, houve aproximação com o grupo de participantes, através de dois encontros organizados pela enfermeira responsável por esses profissionais em um horário previamente combinado com a coordenação. Os encontros aconteceram em dias alternados, para possibilitar a divulgação da pesquisa para os dois grupos de participantes. A pesquisadora, após se identificar para os participantes, fez uma apresentação inicial sobre sua trajetória profissional e acadêmica e em seguida, apresentou a pesquisa, esclarecendo sobre o interesse e os objetivos principais do estudo, como também a coleta de depoimentos e os aspectos éticos.

Neste momento, alguns esclarecimentos foram feitos para sanar as dúvidas que os participantes tiveram sobre como iria ocorrer esse processo, o período e a duração. Com os questionamentos, a pesquisadora conduziu os encontros de forma afetuosa, comunicação clara, objetiva e atenta para elucidar as questões éticas, com ênfase na integridade, autonomia e disponibilidade do participante.

4.4 COLETA DOS DEPOIMENTOS

Para a coleta dos depoimentos foi utilizado uma entrevista semiestruturada, por permitir os questionamentos básicos em relação aos objetivos da pesquisa. As entrevistas só ocorreram após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O roteiro de entrevista semiestruturada foi dividido em três partes: a primeira é a caracterização dos participantes, através de perguntas relacionadas aos dados sócios demográficos; a segunda são questões/questionamentos sobre a formação profissional do cuidador; a terceira com as questões norteadoras do estudo (APÊNDICE C).

A coleta dos depoimentos foi realizada individualmente, em um ambiente reservado e confortável, disponibilizado pela instituição, respeitando a privacidade dos participantes, conduzido de maneira empática e em horários previamente agendados, de acordo com a disponibilidade dos cuidadores.

Foram dez encontros no período de janeiro a fevereiro de 2019, sendo realizado de duas ou três entrevistas por cada dia, com uma média de 00: 27 min de entrevista. Esses encontros foram realizados no período da tarde, visto que era o horário em que os cuidadores tinham mais flexibilidade para participar. A pesquisadora, ao chegar na unidade, se apresentava para a enfermeira do setor e participantes, esclarecendo que estava disponível durante todo o período no local específico.

Todas as informações coletadas foram gravadas e armazenadas com o auxílio de um gravador smartphone. Após essa etapa, a gravação foi ouvida de forma exaustiva, com a intenção de transcrever todas as falas em documentos do programa WORD e pelo processo de sistematização e categorização.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Os depoimentos foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin, por ser uma técnica bastante utilizada nas pesquisas qualitativas. É um método empírico, com rigor científico adaptável, que busca respostas além dos significados imediatos, conduzindo o pesquisador ir além do que foi dito ou escrito. Ao utilizar essa técnica é necessário que o pesquisador desenvolva quatro etapas: 1. Organização da Análise. 2. Codificação. 3. Categorização. 4. Inferência. A fase da organização da análise ocorre em três momentos: 1. A pré-análise. 2. A exploração do material. 3. O tratamento dos resultados obtidos através da inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise é a etapa de organização de todas as informações da pesquisa. Nesse momento, o pesquisador vai escolher, reunir e formular hipóteses dos documentos que serão utilizados e preparados para serem analisados. Essa sistematização ocorre através de uma “leitura flutuante” do material que será analisado, obtendo nesse contato inicial uma impressão do seu conteúdo. À medida que essa leitura é realizada, o pesquisador tem suas observações iniciais, formulando possíveis hipóteses e indicadores que justifiquem os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2016).

O segundo momento é a fase exploratória do material, considerada longa e trabalhosa, devido aos detalhes para codificar, enumerar e classificar as informações coletadas. O pesquisador faz essa sistematização por recursos manuais ou através do computador. A última etapa repercute no tratamento dos resultados obtidos, que através de operações estáticas simples ou complexas permite apresentar os dados brutos através de quadros, diagramas, figuras e modelos. Com isso é possível fazer inferências e interpretações, de acordo com seu referencial teórico, de maneira a validar os resultados encontrados (BARDIN, 2016).

Após esse processo, o pesquisador vai codificar o material, transformando os dados brutos em unidades que caracterizam a descrição exata do conteúdo. Para que ocorra esse recorte é preciso definir as unidades, as regras de contagem frequencial e, posteriormente, escolher as categorias. Essa definição pode ser por uma unidade de registro ou de contexto, ou

seja, ser um recorte de palavras/tema com a mesma semântica ou um segmento da mensagem/enunciado, que possibilita formar uma unidade de registro (BARDIN, 2016).

Posteriormente, a mesma autora defende que a construção de uma categoria é quando o pesquisador classifica um grupo de elementos com características comuns. O objetivo principal da categorização é apresentar de maneira simplificada os dados brutos de uma forma organizada, codificando as mensagens de acordo os critérios previamente definidos na etapa anterior.

A classificação de elementos implica no procedimento de organizar elementos por relação de proximidade. Neste sentido, o critério seletivo reúne aquilo que existe em comum entre as unidades de registro. O processo de categorização é considerado como o momento em que o pesquisador classifica e organiza a mensagem através do agrupamento de elementos com critérios previamente definidos (BARDIN, 2016).

Após a construção das categorias apreendidas foi utilizado o referencial teórico da TCT de Jean Watson e de autores da área geronto-geriátrica, considerando os objetivos da pesquisa, utilizando os dez *Caritas Processes*, que tiveram maior destaque e evidência com os resultados encontrados. Os depoimentos foram codificados pela letra C que significa cuidador e logo em seguida pelo número arábico 1 que representa a primeira entrevista, como o exemplo: C1, C2, C3, C4 e assim sucessivamente.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP das Obras Sociais de Irmã Dulce, através do Parecer nº 3.094.135 de 19 de dezembro de 2018 (ANEXO B). Os aspectos éticos foram fundamentados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, 510/16 e 580/17 (BRASIL, 2012; 2016; 2017).

Essa resolução considera que a ética em pesquisa deve respeitar a dignidade humana, protegendo e garantindo aos participantes o pleno exercício de sua participação. É garantido, também, que não haja nenhuma intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico, de modo a prevenir e evitar possíveis danos aos mesmos (BRASIL, 2012; 2016; 2017).

Durante todo o período da pesquisa, a pesquisadora garantiu que a confiabilidade e a privacidade das informações prestadas e a proteção contra a sua revelação não autorizada, através do Consentimento Livre e Esclarecido, após a assinatura do TCLE. Esse documento é a anuência do participante ou do representante legal em participar da pesquisa, garantindo o

conhecimento do propósito, objetivos, justificativa e relevância da pesquisa. O TCLE foi redigido em linguagem compreensiva e continha todas as informações necessárias.

Foi garantido o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a privacidade de todos os dados coletados, como também a desistência em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo no atendimento prestado da unidade. Os participantes foram informados sobre os possíveis riscos de desconfortos e constrangimentos durante a entrevista, no momento em que a entrevista suscitava reflexões sobre questões emocionais e espirituais.

O participante assinou o termo em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora, sendo arquivados no Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) onde ficarão por cinco anos; após esse período serão deletadas. A assinatura só ocorreu após os participantes se sentirem suficientemente esclarecidos e voluntariamente aceitarem participar, sendo livre de coação ou de intimidação.

Quanto aos benefícios, o presente estudo colaborou para a ampliação do conhecimento científico acerca da vivência do cuidador formal da pessoa idosa, no sentido de compreender o cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa. Os dados coletados poderão contribuir para a melhoria de vida dessa população e promover o desenvolvimento de futuras pesquisas nessa área.

Os resultados serão divulgados no grupo de pesquisa e na instituição de saúde do estudo. Posteriormente, serão apresentados em eventos científicos da comunidade acadêmica e publicações em revistas científicas, além de divulgação entre todos os profissionais de saúde, respeitando o sigilo das informações consideradas confidenciais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico serão apresentados os resultados sobre as principais características dos participantes, tais como: perfil sociodemográfico e de saúde, formação no curso de cuidadores de idosos, tempo da função e os principais motivos que levaram a escolher a profissão. Logo em seguida, as cinco categorias que emergiram após análise dos depoimentos: 1. Práticas prioritárias na assistência do cuidador à pessoa idosa; 2. Percepções dos cuidadores sobre as práticas religiosas da pessoa idosa hospitalizada; 3. A religiosidade/espiritualidade do cuidador no cuidado a pessoa idosa; 4. O cuidador no cuidado espiritual a pessoa idosa; 5. Benefícios do cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quanto ao sexo, treze participantes são do sexo feminino e cinco do masculino. A idade variou entre 27 e 51 anos, com uma média de 40 anos e todos possuem o ensino médio completo. No estado civil, onze são solteiros, seis casados e um é divorciado. Desse total, dez tem filhos e oito não. Em relação ao quesito raça/cor, quinze se autodeclararam negros e três pardos.

Sobre a religião, dezessete afirmaram ter uma crença religiosa e somente uma disse não, predominando dez católicos, seis evangélicos e um espírita. Dezessete disseram fazer alguma atividade de lazer, sendo as mais citadas: praia, caminhada, academia e passeio familiar.

Esses resultados corroboram com outro estudo realizado com 14 cuidadores de uma ILPI, visto que também constatou a predominância de cuidadores do sexo feminino, solteiro e com idade inferior a 50 anos. Os cuidadores trabalham em plantão de 12 horas, tem renda mensal de um salário mínimo, 50% não tinha o ensino médio, mas 71,2% informaram que já tiveram algum tipo de capacitação para cuidar da pessoa idosa (MAIA et al., 2018).

A seguir o Quadro 1 apresenta as características sociais e demográficas dos participantes:

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Salvador, Bahia, 2019.

| CODI NOME | SEXO | IDADE | COR | ESCOLARIDADE | ESTADO CÍVIL/ N° DE FILHOS | RELIGIÃO | LAZER |
|------------------|-------------|--------------|------------|--|-----------------------------------|-----------------|---------------------|
| C1 | F | 37 | Negra | Ensino Médio | Casada/1 | Não tem | Praia e passear |
| C2 | F | 44 | Negra | Ensino Médio | Solteira/0 | Católica | Praia |
| C3 | F | 32 | Parda | Ensino Médio/ Superior incompleto | Casada/0 | Espírita | Caminhada e leitura |
| C4 | F | 45 | Negra | Ensino Médio | Casada/2 | Católica | Caminhada |
| C5 | F | 37 | Negra | Ensino Médio | Solteira/0 | Católica | Não tem |
| C6 | F | 40 | Negra | Ensino Médio | Solteira /2 | Católica | Cinema e praia |
| C7 | F | 36 | Negra | Ensino Médio | Solteira/0 | Evangélica | Assistir filme |
| C8 | M | 50 | Negro | Ensino Médio | Solteiro/4 | Católica | Pescar |
| C9 | M | 38 | Negro | Ensino Médio | Solteira/0 | Católica | Cinema |
| C10 | M | 27 | Pardo | Ensino Médio | Casado/2 | Evangélica | Praia |
| C11 | F | 39 | Parda | Ensino Médio | Casado/3 | Católica | Caminhada |
| C12 | M | 45 | Negro | Ensino Médio/ Téc. de Enfermagem incompleto | Solteiro/0 | Evangélica | Vôlei e caminhada |

| | | | | | | | |
|------------|---|----|-------|--|--------------|------------|----------------------------------|
| C13 | F | 40 | Negra | Ensino Médio | Casada/0 | Católica | Missa, praia e passeio |
| C14 | M | 43 | Negra | Ensino Médio | Solteiro/1 | Católica | Natação, bola e atividade física |
| C15 | F | 32 | Negra | Ensino Médio | Solteira/0 | Católica | Caminhada e academia |
| C16 | F | 51 | Negra | Ensino Médio | Divorciada/2 | Evangélica | Caminhada e praia |
| C17 | F | 41 | Negra | Ensino Médio/ Téc. De Enfermagem incompleto | Solteira/1 | Evangélica | Caminhada e cinema |
| C18 | F | 47 | Negra | Ensino Médio/ Téc. Enfermagem | Solteira/2 | Evangélica | Praia |

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos a partir da pesquisa: O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal. Salvador, Bahia, 2019.

Em relação à motivação, o estudo de Alves e colaboradores (2018) identificou que os cuidadores formais de idosos institucionalizados se sentem realizados e felizes na profissão, mesmo com as exigências da função. Outro estudo complementa que o principal motivo para a escolha para a profissão foi prazer em cuidar e identificação com a pessoa idosa. Consideram a atividade prazerosa e gratificante, pois acreditam que cuidar é um desígnio de Deus, como missão e dever ao próximo. Buscou área por uma oportunidade de emprego, sem ter nenhuma experiência na função (CUNHA; BERARDINELLI; ESPIRITO SANTO, 2018).

O tempo de profissão variou entre seis meses e 21 anos na própria instituição. A faixa salarial variou entre um salário mínimo até R\$ 1.200,00. Sobre morbidades, doze não têm problemas de saúde, contudo, seis apresentaram alguma necessidade de saúde como deficiência no braço, diabetes, arritmia, rinite alérgica e problema na articulação do joelho.

Em relação à formação, os motivos que fizeram buscar essa profissão foram: cinco por necessidade financeira, cinco por adoecimento de familiar, cinco por interesse, aptidão e relação social com a pessoa idosa e três outros motivos. Dezesete realizaram o curso preparatório, com duração de três a quatro meses e somente um não teve essa preparação. Como a instituição é referência em oferecer o curso de cuidador, a maioria foi contratada após a formação.

A seguir, o Quadro 2 apresenta as informações quanto a renda, se fez o curso para cuidador, o tempo de profissão e o motivo para escolha da profissão:

Quadro 2. Caracterização sobre renda, comorbidades, formação do curso de cuidadores e motivo para escolha da profissão dos participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2019.

| CODI NOME | REND A (*) | COMORBIDADE | CURSO DE CUIDADOR /TEMPO DA PROFISSÃO | MOTIVO PARA A ESCOLHA DA PROFISSÃO |
|------------------|-------------------|-----------------------------------|--|--|
| C1 | R\$ 998,00 | NÃO | SIM 1 ano e 7 meses | Cuidado com a sogra |
| C2 | R\$ 1.497,00 | NÃO | SIM 5 anos | Necessidade Financeira |
| C3 | R\$ 1.497,00 | NÃO | SIM 7 anos | Primeiro emprego |
| C4 | R\$: 1.060,00 | NÃO | SIM 8 anos | Gosta de cuidar de idosos |
| C5 | R\$: 1.200,00 | NÃO | SIM 6 anos | Gosta de cuidar de idosos |
| C6 | R\$: 1.150,00 | NÃO | SIM 1 ano | Após experiência de cuidar de um familiar hospitalizado. |
| C7 | R\$: 1.00,00 | NÃO | SIM 6 meses | Preparo para cuidar da avó |
| C8 | R\$: 1.300,00 | SIM Obs: Deficiência no braço | SIM 21 anos | Incentivo da irmã mais falecimento da mãe |
| C9 | R\$: 1.110,00 | NÃO | SIM 4 anos | Facilidade sobre a questão tempo e em financeiro |
| C10 | R\$ 998,00 | NÃO | SIM 5 anos | Relação com os pais e os avós e o desejo de trabalhar na área de saúde |
| C11 | R\$ 998,00 | NÃO | SIM 1 ano e 8 meses | Adoecimento do tio e do avô |
| C12 | R\$: 1.110,00 | NÃO | SIM 20 anos | Devido ao amor a mãe mais interesse pela profissão |
| C13 | R\$ 998,00 | SIM Obs: Diabetes | SIM 13 anos | Desemprego |
| C14 | R\$ 998,00 | SIM Obs: em investigação | SIM 3 anos | Tinha contato com idosos no seu convívio social |
| C15 | R\$: 1.200,00 | NÃO | SIM 10 meses | Adoecimento da mãe: não tinha preparo para cuidar |
| C16 | R\$ 998,00 | SIM Obs: Arritmia | SIM 12 anos | Desejo de ser cuidadora mais criada pela avó e convívio social com idoso |
| C17 | R\$ 998,00 | SIM Obs: Renite | SIM 3 anos | Tinha habilidade e aptidão para cuidar de idoso |
| C18 | R\$: 1.200,00 | SIM Obs: Cartilagens do joelho | NÃO 5 anos | Opção de emprego |

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos a partir da pesquisa: O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal. Salvador, Bahia, 2019.

(*) Salário Mínimo vigente no estudo no valor de R\$ 998,00.

A seguir o quadro 3 apresenta as categorias e subcategorias apreendidas:

Quadro 3. Descrição das categorias e sub-categorias aprendidas após análise dos depoimentos. Salvador, Bahia, 2019.

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|---|--|
| 1. Práticas prioritárias na assistência do cuidador à pessoa idosa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Práticas voltadas às necessidades biológicas; 2. Cuidado pautado na segurança da pessoa idosa; 3. Cuidado pautado no afeto, amor, atenção e zelo. |
| 2. Percepções dos cuidadores sobre as práticas religiosas da pessoa idosa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Organizacional; 2. Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Não Organizacional; 3. Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Intrínseca. |
| 3. A religiosidade/espiritualidade do cuidador e o cuidado a pessoa idosa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Significado da dimensão espiritual para o cuidador formal; 2. A dimensão espiritual do cuidador formal como processo de transformação; 3. A dimensão espiritual do cuidador formal respeitando a religiosidade no cuidado a pessoa idosa; 4. Atitudes de paciência, empatia, tolerância e amor no cuidado a pessoa idosa. |
| 4. O cuidador no cuidado espiritual a pessoa idosa | <ol style="list-style-type: none"> 1. O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir dos diálogos sobre religião; 2. O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir do incentivo as práticas religiosas; 3. O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir das necessidades físicas, emocionais e espirituais. |
| 5. Benefícios do cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador | Não teve subcategoria |

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos a partir da pesquisa: O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal. Salvador, Bahia, 2019.

A seguir o quadro 4 que apresenta as categorias aprendidas relacionando os *Caritas Process* identificados na Teoria do Cuidado Transpessoal:

Quadro 4. Descrição das categorias aprendidas relacionando com os *Caritas Process* após análise dos depoimentos. Salvador, Bahia, 2019.

| CATEGORIAS | NÚMERO DO CARITAS PROCESS |
|---|---------------------------|
| 1. Práticas prioritárias na assistência do cuidador à pessoa idosa | 1, 3, 4, 6, 8 e 9 |
| 2. Percepções dos cuidadores sobre as práticas religiosas da pessoa idosa | 2, 3, 4, 5, 7, 9 e 10. |
| 3. A religiosidade/ espiritualidade do cuidador e o cuidado a pessoa idosa | 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9 |
| 4. O cuidador no cuidado espiritual a pessoa idosa | 1, 2, 3, 6, 7,8 e 10. |
| 5. Benefícios do cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador | 1, 3, 4, 7 e 8 |

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos a partir da pesquisa: O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal. Salvador, Bahia, 2019.

5.2 CATEGORIA 1: PRÁTICAS PRIORITÁRIAS NA ASSISTÊNCIA DO CUIDADOR À PESSOA IDOSA

Nesta categoria, os participantes relatam que a prática de cuidado à pessoa idosa hospitalizada está pautada em ações assistencialistas, direcionadas aos aspectos físicos e biológicos do ser humano, ou seja, às necessidades básicas, como alimentação e higiene. Os cuidadores relataram que as principais atividades que exercem com a pessoa idosa estão relacionadas à preservação do bem-estar físico, a segurança do paciente, bem como o envolvimento com a afetividade. A seguir, descrevo as subcategorias aprendidas:

Subcategoria 5.2.1 – Práticas voltadas às necessidades biológicas

Diante da complexidade e das demandas no processo de cuidado à pessoa idosa, os participantes estabelecem uma organização em sua rotina de trabalho. Neste sentido, o cuidado realizado pelos cuidadores tem como prioridade a aparência e a higiene pessoal da pessoa idosa. As atividades principais são auxílio durante a alimentação, banho e demais atividades da vida diária (AVD), conforme as falas a seguir:

Dar banho, pentear cabelo, toda a higienização fica com a gente. A gente só não faz dar medicamento. Mas banho, cabelo, alimentação quando o idoso não possa se alimentar [...] levar até a boca, quem leva é o cuidador (**C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal**).

Primeira coisa que eu priorizo é logo a higiene. Gosto logo de higienizar, dar o banho [...]. Depois que eles estão bem higienizados, aí vem o restante que é ofertar a dieta, mas eu priorizo é a higiene (**C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, 1 ano como cuidadora formal**).

A prioridade é o banho, porque temos que dá o banho para depois levar até o refeitório para dar o café do paciente (**C9, homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

C4 e **C6** discorrem sobre o cuidado com o banho e a alimentação. Para **C9**, priorizando a higiene, o idoso fica mais confortável para os cuidados posteriores. Segundo Luongo e Datino (2017), os cuidadores formais possuem a formação direcionada para uma assistência que atenda às necessidades biológicas da pessoa idosa, sendo suas atribuições baseadas no conhecimento das doenças e nas principais necessidades básicas.

O cuidador é identificado como a pessoa que cuida de acordo com o que foi estabelecido pela família ou instituição, assumindo a responsabilidade pela saúde, alimentação, higiene pessoal, educação e lazer da pessoa idosa, ou seja, um cuidado direcionado para as necessidades básicas. Dentre essas atribuições, não faz parte de sua atividade realizar procedimentos e técnicas de responsabilidade de outra profissão, como exemplo, da área de enfermagem (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

Mesmos diante de um cuidado que se tornou tecnológico e burocrático, pois adotou medidas que se distanciam do contato pessoal, social, moral e espiritual do indivíduo, a Teoria do Cuidado Transpessoal, apresenta, no nono elemento, que o cuidado às necessidades básicas do indivíduo encontram-se na tríade mente, corpo e alma. Quando o cuidador prioriza as necessidades de ordem física e biológica, ele é capaz de compreender os sentimentos e estabelecer laço de união com a pessoa idosa, através de ações, palavras, comportamento, gestos, toque e olhares, mesmo sem ter esse discernimento (WATSON, 2002a).

Outro *Caritas Process* presente é o quarto, visto que, ao realizar atividades assistenciais básicas, como o banho e alimentação, o cuidador estabelece uma relação de autoconfiança e ajuda através do vínculo que é formando no momento do cuidado (WATSON, 2002a, 2002b, 2007). O depoimento de **C16** refere que a pessoa idosa sente-se segura e confiante sobre os cuidados que serão ofertados durante a rotina:

A confiança, eles confiam muito em mim! Sinto mesmo que confia [...]. Durante ou depois do banho, se eu não tiver ajuda de uma colega, eu mesmo faço sozinha, aí troco tudo! Aí eu digo assim: “Confiam em mim! Você não vai cair não!” Elas me abraçam e eu sinto que confia mesmo que não vai cair! (**C16, mulher, divorciada, evangélica, 51anos, 12 anos como cuidadora formal**).

As prioridades definidas pelos cuidadores são resultantes de uma rotina diária, previamente definida pela própria unidade com a supervisão da enfermeira, conforme **C2**:

Porque aqui eu chego por volta de 06h:30min. Eu acompanho o idoso até o banheiro. Depois eu encaminho ele até o refeitório. Os que tomam café só tomam. Tem uns que a gente tem que ofertar a comida na boca e depois segue as rotinas daqui. Eu sigo as rotinas estabelecido pela chefia [...]. Aquela rotina de todo dia (**C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

C2 discorre sobre suas atividades na instituição desde o horário que inicia a sua jornada de trabalho com organização de tarefas, na qual os cuidados ofertados à pessoa idosa têm uma sequência diária e segue as normas institucionais após orientação e acompanhamento da enfermeira.

Almeida et al. (2017) relataram que os cuidadores precisam se adaptar aos horários da rotina dos cuidados prestados a pessoa idosa. Essa disciplina tem regras rígidas, com horários definidos para as atividades diárias, como o banho, a alimentação, os medicamentos e o descanso.

Na Teoria Transpessoal, o cuidado não é somente visualizado na realização e cumprimento de tarefas ou protocolos, engloba outras dimensões sobre a saúde e a relação entre o ser que cuida e o ser que recebe o cuidado (BORGES; SANTOS, 2013). O cuidado transpessoal conduz mudanças de objetivos, por se tratar da descaracterização do cuidado como práticas apenas de caráter físico, técnico e impessoal (WATSON, 2002a).

Subcategoria 5.2.2 – Cuidado pautado na segurança da pessoa idosa

Os cuidados também demonstraram que suas ações no cuidado a pessoa idosa estão relacionadas aos aspectos físicos e biológicos. A atenção sobre a segurança da pessoa idosa em relação à queda, cuidados com a pele e higienização das mãos também foram pontuados pelos participantes como prioridades incluídas no cotidiano do cuidado. **C2, C5 e C14** discorrem sobre esses cuidados, ao se preocuparem com o risco de queda, quando manipulam a pessoa idosa de maneira incorreta, na mudança de decúbito, que pode levar a lesões por pressão e a higiene das mãos, para evitar infecções:

O que eu priorizo é prestar atenção. Eu procuro prestar muita atenção, para não ter o perigo de derrubar o idoso quando eu estou manipulando ele, não é? Se o chão está escorregadio, para que ele não venha a cair [...]. Eu priorizo isso: a segurança do idoso (**C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Na hora que eu estou cuidando, a prioridade é a mudança de decúbito. Para mim, é essa a preferência (**C5, mulher, solteira, católica, 37 anos, 6 anos como cuidadora formal**).

Antes de eu chegar, a primeira coisa que eu faço é higienizar as minhas mãos. Primeiro higienizar minhas mãos [...]. Quando a gente chega na instituição de saúde, a gente está com as mãos toda suja, não é? (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

Devido ao processo de envelhecimento, a pessoa idosa fica susceptível a alguns riscos, sendo a queda, infecções e lesões de pele os mais comuns. Alguns cuidadores priorizam cuidados com foco na prevenção de agravos à saúde, priorizando três dos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: prevenção ao risco de queda, a lesão por pressão e ao risco de infecção (BRASIL, 2016).

Em relação ao risco de lesão por pressão, estudo realizado com 144 idosos indicou que 64,3% tem risco para desenvolverem uma lesão de pele, devido ao nível de dependência e a mobilidade reduzida (VIEIRA, et al., 2018). Resultados preocupantes também foram apresentados por Alves et al. (2016), no qual 80% dos idosos hospitalizados já tiveram no mínimo três quedas.

Quando o cuidador direciona suas atividades para prevenir possíveis agravos, ele está preservando a integridade física e o bem-estar da pessoa idosa. Dessa forma, o oitavo elemento do *Caritas Processes* apresenta o ambiente como uma condição para a recuperação física, mental, social e espiritual da pessoa que recebe o cuidado. A integralidade do cuidado tem foco no acesso ao corpo, à mente e à alma e quando ocorre o adoecimento, há desequilíbrio devido à instabilidade emocional, limitações físicas e sentimentos de desesperança (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O sexto *Caritas Process* também está presente, e consiste basicamente em utilizar o conhecimento para soluções de problemas que podem ocorrer no ato de cuidar. Segundo Watson (2002a, 2002b, 2007), o cuidador pode empregar uma técnica ou método criativo que auxilie em suas decisões, utilizando-se de embasamento técnico e empírico, como também de uma conduta moral, ética e espiritual.

Cuidar está fundamentado na preservação da humanidade e respeito pela vida. A enfermagem cuida dentro do contexto saúde-doença como uma ciência que proporciona ao indivíduo a reabilitação de sua saúde, atuando na promoção, prevenção e recuperação através de valores humanísticos, compromisso com o outro, conhecimento e ações (WATSON, 2002a).

Subcategoria 5.2.3 – Cuidado pautado no afeto, amor, atenção e zelo

Os depoimentos evidenciam que os cuidadores priorizam, também, uma relação de atenção, zelo, dedicação, afeto, respeito e amor, conforme os relatos abaixo:

O principal mesmo é o amor. Ter amor para aquilo que você está fazendo [...] A gente não pode escolher fazer isso sem amor [...] pode ser um pequeno detalhe, temos que fazer com amor (**C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal**).

Puxar mais a atenção para ele, conversar mais. Se ele está meio deprimido, porque às vezes eles estão deprimidos [...]. Tento saber o porquê! O porquê não quer se alimentar. Tento ficar mais atenciosa com aquela pessoa. Ficar mais ali, no dia a dia, ou mais momento com aquele que está mais precisando (**C7, mulher, solteira, evangélica, 36 anos, 1 ano como cuidadora formal**).

Antes de dá o banho nele, a primeira coisa que eu faço é dá um abraço e beijar (**C10, homem, casado, evangélico, 26 anos, 5 anos como cuidador formal**).

C4 expressa que é preciso ter amor para cuidar da pessoa idosa, pois considera que mesmo em pequenas ações é preciso manter esse sentimento nas atividades. **C7** expõe sua atenção, quando identifica que a pessoa idosa está deprimida e **C10** relata o afeto que existe nessa relação, pois tem a preocupação de demonstrar carinho através do beijo e/ou abraço. Os depoimentos demonstram que o cuidado representa uma atitude de ocupação, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

Os depoimentos evidenciam que na prestação do cuidado é necessário o sentimento de afeto, carinho, paciência, zelo, dedicação e doação. O cuidador tem responsabilidade e preocupação pela vida do outro; há um envolvimento afetivo e valores humanísticos, encontrados no primeiro *Caritas Processes* (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Para Watson (2002a), o processo de cuidar na enfermagem propicia uma aproximação, um contato e um vínculo entre dois seres distintos, na qual o cuidador tem a capacidade de transcender o tempo, o espaço e o mundo. Estabelecendo esse contato no momento do cuidado, o cuidador tem condições de submergir nas emoções e sentimentos da pessoa idosa hospitalizada, pois irá potencializar a capacidade do indivíduo de reunir forças internas para encontrar o verdadeiro sentido da existência e a harmonia entre a mente, o corpo e a alma.

A TCT estabelece que, no momento do cuidado, há uma relação intersubjetiva entre os indivíduos, ou seja, uma experiência mais profunda entre o ser que cuida e o ser que recebe cuidado. Desse contato, os dois indivíduos criam um campo de energia que proporciona uma autocura, na qual as presenças espirituais de ambos estão presentes, sintonizando o corpo, a alma e o espírito (WATSON, 2002a).

O terceiro elemento do *Caritas Processes* apresenta a sensibilidade para o cuidado holístico entre os dois seres envolvidos. O processo de cuidar somente será efetivado e praticado quando houver uma relação interpessoal, ou seja, quando o cuidador for capaz de se colocar no lugar do outro, estabelecendo uma relação de empatia, compaixão e afeição (WATSON, 2002a, 2002b, 2007)

A autora coloca em evidência que o cuidado transpessoal envolve a prática das relações humanísticas e filosóficas. Neste sentido, o outro precisa ser compreendido não apenas como alguém que necessita de cuidados no momento de fragilidade e necessidades, conforme seu estado de saúde, mas, como um ser humano que também necessita de um cuidado que busca a dimensão espiritual.

O cuidado à pessoa idosa se torna mais fácil quando o cuidador constrói uma relação afetuosa e uma convivência agradável, identificando que os sentimentos de atenção, carinho e amor é parte integrante do cuidado (ALMEIDA et al., 2017). Queiroz et al. (2016) discorrem sobre a concepção que o termo cuidar tem do ponto de vista de um ato de compaixão, ajudar alguém na sua independência, com desejo de ajudar e dedicação ao outro.

O respeito a individualidade e ao bem-estar da pessoa idosa foram relatados pelo cuidador, conforme os depoimentos abaixo:

Perguntar, porque a opinião dele é o que vale. Depois vêm os cuidados de alimentação, pentear o cabelo, ver o que é que ele gosta de vestir (C11, mulher, casada, **católica, 39 anos, 1 ano e 8 meses como cuidadora formal**).

Primeiro é saber se ele está bem e dá um bom dia a ele. Primeiro o bom dia é o essencial. Se ele respondeu, na medida do possível, ele está bem. Se ele não respondeu, alguma coisa ele tem. Ele não está normal [...]. Aí depois, a

gente inicia as outras coisas (**C13, mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal**).

Para **C11** e **C13**, o cuidado às necessidades básicas só ocorre após o envolvimento entre o ser que cuida e o que recebe o cuidado. Ao cuidar, os participantes desenvolvem uma relação afetuosa que incorporam em suas práticas. Batista, Almeida e Lacman (2014) afirmam que, para desempenhar suas atividades, o cuidador precisa ter as seguintes competências: empatia, calma, paciência e percepção. É necessário, também, ter a capacidade de acolhimento, escuta das necessidades da pessoa idosa e manter respeito a sua privacidade e individualidade.

O Cuidado Transpessoal se configura como o cuidado que traz à tona a relação entre as possibilidades de liberdade, de sentimentos de amor, esperança, altruísmo, da relação entre pessoas de forma humana, não como relação profissional e paternalista, mas com a união de singularidades da própria existência humana. O reconhecimento do poder que tem essa união de sentimentos positivos é tão importante para a cura, como são as abordagens tradicionais (WATSON, 2002a).

O primeiro elemento do *Caritas Processes* está presente, pois é fundamentado por valores humanistas e altruístas pela prática da bondade amorosa, da compaixão e da equanimidade com o eu/outros (WATSON, 2002a, 2002b, 2007). Quando os cuidadores oferecem o cuidado nessa dimensão, suas ações se configuram como uma prática a partir das necessidades que vão além da ordem física, porque englobam o social e o espiritual. O cuidador tem uma relação com a pessoa idosa que possibilita a liberdade de sentimentos, esperança e altruísmo.

5.3 CATEGORIA 2: PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES SOBRE AS PRÁTICAS RELIGIOSAS DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Nesta categoria, os participantes revelaram que, mesmo hospitalizados, a pessoa idosa mantém sua religiosidade através de algumas práticas referentes à sua crença. A pessoa idosa que mantém sua fé, através da sua vivência espiritual, consegue ter um mecanismo de fortalecimento e enfrentamento das situações consideradas desagradáveis e compreensão das demandas da própria existência nesta etapa da vida.

A religiosidade se configura em um conjunto de práticas, ações, vivências, sentimentos e valores. Sua organização apresenta a divisão em três dimensões: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca (RI) (SANTOS; ABDALA, 2014).

Neste sentido, as principais práticas realizadas pela pessoa idosa estão relacionadas à RO, através da participação na missa e grupos de estudo e orações e a RNO, como fazer oração, rezar o terço, assistir programas religiosos pela televisão e leitura de textos sagrados. Além disso, os cuidadores também revelaram práticas relacionadas à religiosidade intrínseca, através da experiência religiosa do indivíduo. A seguir, apresento as subcategorias apreendidas:

Subcategoria 5.3.1 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Organizacional

As práticas religiosas são as manifestações naturais de uma religião ou crença religiosa, determinada por um sistema organizado de normas, ritos e dogmas. A pessoa considerada religiosa respeita os preceitos dessa religião com assiduidade e vivencia suas crenças em espaços ou templos religiosos. Os depoimentos evidenciam que a prática religiosa mais presente foi assistir à missa aos domingos, conforme os depoimentos:

Ir à missa. Elas se preocupam, assim. “Não, hoje é domingo, não é? Domingo você me lembre, viu? Me lembre! Domingo é domingo! (C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal).

[...]. Têm alguns idosos que querem sempre estar na missa aos domingos (C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, 1 ano como cuidadora formal).

Ir frequentar missa aos domingos é essencial (C13, mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal).

C2 demonstra que ir para essa atividade é tão importante para o idoso que eles próprios pedem para ser avisados sobre o dia. C6 corrobora com C13, quando relata que para a pessoa idosa é essencial sempre está presente na celebração eucarística.

Muitos idosos institucionalizados tem a prática de participar de celebrações religiosas, ou receber o atendimento religioso uma vez por semana ou mensalmente, porém, para que isso aconteça, vai depender da oferta e estímulo desse rito pela instituição (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

Oliveira (2015) refere que, com o envelhecimento populacional, a religiosidade é uma ferramenta de suporte emocional para as adversidades físicas e mentais, promovendo a sensação de bem-estar para a pessoa idosa. Além disso, manter a prática e a participação nessas atividades proporciona sensação de paz, esperança e tranquilidade.

Para a população idosa, as práticas ou atividades espirituais permitem uma conexão com a espiritualidade. Ao ter essa vivência, o indivíduo acredita que somente com a confiança em

Deus vai conseguir enfrentar os conflitos existenciais que surgem com o avançar da idade (SANTOS; NOVARINE; COSTA, 2018).

Neste contexto, constata-se que a presença e valorização das práticas religiosas promovem a fé e a esperança que auxiliam a pessoa idosa a ressignificar sua vida, direcionando para o que realmente importa a sua existência. Watson (2002a, 2002b, 2007) apresenta no segundo *Caritas Processes* que o enfermeiro deve estimular e fortalecer no indivíduo o resgate do bem-estar social, físico e emocional através de sua crença religiosa. Ao buscar a presença de Deus, a pessoa idosa revive sentimentos de esperança, resiliência, se sente amparado e aceita fatos desagradáveis de maneira positiva.

O depoimento abaixo evidencia que o cuidador reconhece a necessidade e importância da pessoa idosa em manter sua atividade religiosa:

[...]. Eles têm o momento de desistir “Ah, não está adiantando eu ir para missa! Deixa eu aqui mesmo!” Aí eu falo “Oxe! Foi você que me fez ir, agora eu vou só? Não acho justo, então, você vai lá comigo! Pelo menos, vá lá orar por minha mãe!” [...]. Vendo as colegas, lá na missa, batendo papo, mudando o humor deles. Trazendo já uma esperança, porque a espiritualidade traz melhoras na patologia do paciente (**C11, mulher, casada, católica, 39 anos, 1 ano e 8 meses como cuidadora formal**).

C11 estimula a ida à missa, mesmo que a pessoa idosa não tenha mais estímulo e interesse nas atividades religiosas. O cuidador sabe dos benefícios de manter os hábitos religiosos do idoso, pois essas práticas favorecem o fortalecimento da sua espiritualidade e repercute no seu bem-estar físico, social e espiritual.

O quinto elemento do *Caritas Processes* propõe a presença e o apoio do cuidador nos momentos em que os sentimentos positivos ou negativos são expressos. Respeitar e valorizar esse sentimento configura-se em acolhimento para a necessidade espiritual, cujas emoções atuam como um condutor de cuidado, que também é terapêutico (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O décimo *Caritas Processes* é identificado no momento em que a pessoa idosa relata descontentamento em ir ao templo religioso, ao constatar que a atividade religiosa não faz mudanças em sua vida. E neste momento, o cuidador identifica que o cuidado transpessoal acontece quando permite o acesso a mistérios espirituais e fenomenológicos sobre questões existências da vida e morte (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Ao manter suas práticas espirituais, a pessoa idosa consegue ter sensação de paz e sente-se seguro e feliz, contribui para um envelhecimento saudável, redução da depressão, ansiedade e estresses. A religiosidade e espiritualidade da pessoa idosa promove novas interpretações

sobre a nova realidade, através da crença que as suas dificuldades são desígnios de Deus (REIS; MENEZES, 2017).

Watson (2002a) afirma que atentar para as necessidades do Cuidado Transpessoal incide na inclusão da dimensão espiritual como elemento potencializador do processo de cura. Através de sua fé, a pessoa idosa pode superar sentimentos de tristeza, desânimo e desesperança em relação à expectativa de vida.

Para Scortegagna, Pichler e Faccio (2018), a espiritualidade configura-se como uma necessidade de entender o sentido da vida. Está na esfera das mudanças de hábitos e a busca de outra maneira de conduzir a vida, ao atribuir novos sentidos. É a renovação de sentimentos para fortalecer o enfrentamento da rotina de situações desagradáveis de infortúnio, fracasso, conflitos pessoais, tratamentos de doenças e finitude da vida.

Subcategoria 5.3.2 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Não Organizacional

Nesta subcategoria foram agrupadas as principais práticas realizadas pela pessoa idosa, referente à RNO. Esse tipo de religiosidade não acontece em ambientes específicos, diz respeito às práticas religiosas que não são convencionais, ou seja, não existe a exigência de obediência às normas e regras descritas num espaço e horário específicos, que pode ser individual ou não.

Os participantes identificaram que assistir à missa na televisão, fazer orações, rezar o terço e a leitura da Bíblia são práticas diárias. O fato de encontrar-se internado no centro geriátrico e acamado não é motivo de distanciar a pessoa de sua atividade religiosa, conforme os depoimentos abaixo:

Antes de ir à missa, a gente tem que ligar a televisão, porque elas acompanham a missa do Padre Marcelo Rossi. Fazem questão da televisão também (C2, **mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Tem uma paciente que ela mesmo, ela reza. A noite faz a oração dela. De manhã, antes da gente pegar para iniciar as atividades, ela faz as orações dela também (C3, **mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal**).

[...]. Os que rezam o terço. Então, a gente está vendo que isso faz parte da religião dele (C9, **homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

Ele pratica o que tem na bíblia porque, na verdade, a bíblia é a orientação para nossa vida (C13, **mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal**).

C2 indica que a pessoa idosa intensifica sua crença espiritual através da missa de duas formas: participando da celebração dominical ou assistindo pela televisão. **C3** e **C9** apresentam que a oração ocorre de forma pessoal ou através do terço/rosário, com orações ao acordar e ao dormir. Já **C13**, busca fortalecer sua fé em Deus como fonte de orientação para a vida, utilizando a bíblia como referência.

O terceiro elemento do *Caritas Processes* tem o pressuposto de que o ser humano é capaz de cultivar práticas espirituais próprias, sensíveis para as próprias vivências e a de outros. Quando o cuidador ativa essa relação, o sentido transpessoal busca o equilíbrio entre o corpo, mente e alma e explorar os sentimentos, crenças e valores para o seu auto crescimento (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Vivenciar o cuidado significa colocar em prática a plenitude da própria existência humana com respeito às escolhas, as necessidades e singularidades de cada um. O cuidado transpessoal coloca em prática a viabilidade de criar condições dignas, sem limitar a autonomia e liberdade do outro. Isso significa respeitar a dignidade humana da pessoa, sua subjetividade, escolhas e emoções (WATSON, 2002b).

Para Lucchetti et al. (2011), a pessoa idosa é o grupo populacional que tem um maior envolvimento com a dimensão religiosa, visto que é na velhice que as questões sobre a finitude da vida estão mais evidentes. A pessoa idosa que tem uma crença tende a compreender melhor as adversidades da vida e as perdas funcionais do processo de envelhecimento.

O segundo *Caritas Processes* admite que o cuidador deve valorizar a crença pessoal da pessoa idosa através da oração e leitura de textos sagrado. Segundo Watson (2002a, 2002b, 2007), quando o cuidador contribui para que a pessoa idosa tenha um encontro com o seu eu espiritual, transcendental, conseqüentemente ele terá esperança para a solução de seus problemas. O ser humano em plena consciência da ação da sua fé pode trazer benefícios nas relações humanas de forma recíproca.

Estudo realizado com oito idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos comprovou que a prática religiosa mais presente foi a oração e a leitura de livros sagrados. O ato de orar promove encorajamento para enfrentar as dificuldades e limitações devido ao envelhecimento. (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

Para Menezes (2017), o profissional de saúde pode e deve prestar o cuidado espiritual, nos diversos níveis de atenção em saúde, incluindo o ambiente hospitalar, visto que as necessidades espirituais do indivíduo devem também ser incluídas no plano de cuidado. Alguns recursos podem ser utilizados, dentre eles, se destacam: a leitura de textos religiosos, oração da

Ave Maria e o Pai Nosso, ouvir músicas sagradas ou não e o manter encontros com membros da religião.

Os participantes ainda colocam outros exemplos da religiosidade não organizacional, conforme o depoimento abaixo:

[...]. Tem uma idosa aqui, que ela senta, ela é evangélica, ela é Testemunha de Jeová. Ela lê os livros dela e pega o caderno e fica anotando as coisas que elas estão lendo (**C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal**).

Vem uma moça que faz a oração com eles todos os dias (**C7, mulher, solteira, evangélica, 36 anos, seis meses como cuidadora formal**).

C4 relata que, para a pessoa idosa, não basta fazer a leitura dos textos sagrados, porém é preciso compreender o que foi lido e depois registrar esse aprendizado. Já **C7** percebe que a continuidade das práticas religiosas ocorre através da oração, com a presença da comunidade religiosa a qual a pessoa idosa pertencia antes da hospitalização.

No primeiro depoimento evidencia-se o sétimo *Caritas Processes* - Promoção de ensino – aprendizagem transpessoal, visto que a pessoa idosa busca, através da leitura de livros sagrados, o amadurecimento da dimensão espiritual. Ao utilizar o *Caritas Processes*, o cuidador identifica que a pessoa idosa irá obter respostas para as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais, de acordo as crenças e valores da sua religião (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

A teoria de Watson apresenta que a dimensão espiritual envolve o conhecimento do mundo, do espírito e da alma e que o crescimento e amadurecimento do indivíduo só ocorre na medida em que ele considera isso importante. Ao internalizar e experienciar sua religiosidade, a pessoa idosa inicia uma conexão com o seu Eu espiritual, buscando a harmonia da mente-corpo e alma (WATSON, 2002a).

O nono *Caritas Processes* é evidente, pois as necessidades espirituais da pessoa idosa estão fragilizadas por conta da hospitalização. No quarto *Caritas Processes*, Watson dá ênfase sobre a assistência às necessidades humanas básicas da pessoa idosa, seja ela de ordem física, emocional ou espiritual, visto que o cuidador formal precisa oferecer o cuidado transpessoal, contemplando o indivíduo integralmente, promovendo o alinhamento de corpo, mente e espírito (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Em uma relação de cuidado transpessoal, a união entre o cuidador formal e a pessoa idosa ocorre através da aproximação de pessoas com condições humanas de cuidar e cuidar-se mutuamente. O cuidado será implementado no momento em que as duas pessoas envolvidas, quem cuida e quem recebe o cuidado irão permitir que suas experiências e história de vida

sejam capazes de potencializar e exteriorizar sentimentos, emoções, necessidades emocionais, físicas e espirituais (WATSON, 2002a).

Subcategoria 5.3.3 – Percepções dos cuidadores sobre as principais práticas religiosas da pessoa idosa voltadas para a Religiosidade Intrínseca

As práticas religiosas direcionadas para a Religiosidade Intrínseca considera que as forças internas e subjetivas da pessoa são determinantes para mudanças de comportamento e oportunidade de crescimento pessoal e espiritual (SANTOS; ABDALA, 2014). Os participantes discorrem que a pessoa idosa, quando vivencia e internaliza uma crença religiosa, reconhece através de sua fé o real sentido da vida, com atitudes mobilizadoras para o cuidado de si e com o outro, conforme as falas abaixo:

O idoso que tem uma religião, ele tem algo a se apegar, não é? Então ele vai está ajudando a ele e, ao mesmo tempo, está me ajudando (**C9, homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

[...] tem um próprio idoso que ele demonstra o que ele é. Pelo amor e pela carência dele, dá para ver que é uma pessoa que tem uma religião, dá para identificar por causa dos gestos, das atitudes. São amorosos, não fazem ignorância com ninguém. Vamos supor, quando eu chego, aqui muitas vezes estressado, eles dizem “Meu filho, não fique assim não! Deus é contigo! (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

A fé dela trazia aconchego para outras também, pois tinha outras que não tinham, acabaram sendo por causa dela (**C11, mulher, casada, católica, 39 anos, 1 ano e 8 meses como cuidadora formal**).

C9 comenta que a religiosidade é o apoio que a pessoa idosa necessita para os momentos de dificuldade, e a experiência da prática da religiosidade pode trazer benefícios para ambos. Já **C10** consegue identificar que a RI na pessoa idosa repercute em ações e atitudes que revelam a conduta de uma pessoa religiosa, através do seu comportamento afetuoso e afável. Ainda complementa que, em momentos de dificuldades na vida, foi acolhido com palavras de esperança e confiante na presença de Deus. **C11** afirma que a fé de uma idosa transmitia para outras o conforto e amparo para quem não vivencia essa realidade.

Melo et al. (2015, p. 6) definem a RI como aquela em que o “indivíduo apresenta uma fé bem amadurecida”, seguindo as convicções doutrinárias da religião que acredita. Ao internalizar os princípios da religião, encontram respostas para as dificuldades da vida. Silva e Dias (2017) compreendem que, nesse tipo de religiosidade, a mudança de atitudes ocorre após o conhecimento da crença religiosa, e a RI está diretamente direcionada com a prática religiosa.

Quando a pessoa idosa utiliza a religiosidade, suas atitudes demonstram uma maneira particular em relação às necessidades e dinâmicas de cuidados para si e para os outros. A TCT apresenta que a pessoa idosa pode ocupar o papel de agente de mudança no processo de cuidar, quando ela utiliza mecanismos pessoais, mentais e espirituais que possibilitam sua cura com recursos internos/intersubjetivos e experiências pessoais (WATSON, 2002a).

Diante do exposto, destaca-se o segundo e o terceiro elementos do *Caritas Processes*. O segundo elemento expressa que, ao manter uma prática religiosa seguindo os fundamentos religiosos, a pessoa idosa fortalece sua fé e manifesta em atitudes um novo significado para a vida. Já o terceiro elemento apresenta como a sensibilidade adquirida pela religiosidade pode colaborar no processo de todos os envolvidos, ou seja, tanto para o cuidador como para a pessoa idosa (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Na teoria de cuidado de Watson existe um sistema de valores que apresenta três premissas: 1. A valorização, respeito e admiração pelo mistério da vida; 2. Reconhecimento do cuidado a partir da dimensão espiritual; 3. O poder que o indivíduo tem internamente que promove sua cura, através do crescimento e mudanças ocorridas após a doença (WATSON, 2002b), tornando-se necessário que o cuidador reconheça e valorize a dimensão espiritual da pessoa idosa e planeje seu cuidado frente a esta dimensão.

5.4 CATEGORIA 3: A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO CUIDADOR E O CUIDADO A PESSOA IDOSA

Nesta categoria, os participantes expressaram como a religiosidade/espiritualidade é uma estratégia de suporte emocional, social e espiritual, e que sua crença religiosa contribui para exercer a função de cuidador. Utilizam sua dimensão espiritual nos momentos de dificuldades na vida e também acreditam que manter sua crença religiosa auxilia em situações adversas do processo de cuidar, pois permite interpretações positivas nos dilemas vivenciados na rotina desse cuidado.

Os depoimentos ainda revelaram que a presença do sagrado e do divino é capaz de fornecer reflexões sobre a vida, esperança, paciência e compaixão com o próximo. A fé em Deus suscita sentimentos de segurança e proteção, capazes de mobilizar forças internas que determinam mudanças de atitudes para si e na relação com o próximo.

Neste sentido, a religiosidade/espiritualidade do cuidador permitiu apreender quatro subcategorias: 3.1. Significado da dimensão espiritual para o cuidador formal; 3.2. A dimensão espiritual do cuidador formal como processo de transformação; 3.3. A dimensão espiritual do

cuidador formal respeitando a religiosidade no cuidado a pessoa idosa; 3.4 Atitudes de paciência, empatia, tolerância e amor no cuidado a pessoa idosa.

Subcategoria 5.4.1 – Significado da dimensão espiritual para o cuidador formal

Esta categoria apresenta o significado e a importância da religiosidade/espiritualidade para o cuidador. Nela, os participantes expressam que ter uma crença religiosa fornece uma rede de transformação na sua vida pessoal, com um novo sentido para sua existência e maturidade, sentem-se mais seguros e equilibrados em momentos de decisão.

O ser humano acredita que através da fé consegue lidar melhor com as dificuldades que são expostas, pois a presença de Deus em sua vida oferece força, equilíbrio, orientação e energia para continuar a viver e a lutar, proporcionando confiança, adaptação, otimismo e esperança (ROCHA et al., 2018).

Através da dimensão espiritual, o cuidador passou a ter um contato mais próximo com Deus e amadurece sua fé. Acreditam que a presença divina é parte integrante de sua vida, conforme relatos:

Tem o significado, porque o ser humano precisa de Deus. Cada dia mais o ser humano precisa, porque a vida está em uma dimensão tão ruim! (C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal).

Não sei de mim, se não fosse minha religião, porque sou uma pessoa de fé. Eu tenho fé! (C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal).

Falar da minha religião! É uma coisa que eu acredito. Sem meu Deus, minha filha! Sou grata a Ele por tudo, até por eu estar aqui hoje nesse trabalho! [...]. Então, minha religião é muito importante no que eu sou hoje! (C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, 1 ano como cuidadora formal).

C2 expressa que as provações em determinados momentos da vida possibilitam que o ser humano tenha essa aproximação com Deus, associando sobre a necessidade de buscar esse apoio espiritual. C4 sinaliza que foi a partir de sua prática religiosa que mobilizou e fortaleceu sua fé, afirmando que através dela, consegue lidar melhor com os dilemas da vida. Já C6 destaca que o significado de sua religião é acreditar na presença de Deus, pois considera a importância que sua crença trouxe para sua vida, exemplificando que a conquista do emprego foi resultado da intervenção divina.

Os depoimentos expressam a influência e a importância da religião, religiosidade e da espiritualidade na vida do ser humano, porque o indivíduo consegue lidar melhor com os desafios impostos pela vida após vivenciar sua crença religiosa. Tais resultados corroboram

com uma realidade nacional, visto que, dos 95% dos brasileiros que declaram ter uma religião, 83% consideram isso muito importante para suas vidas (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Watson (2002a) expressa que o cuidador, à medida que vai se desenvolvendo/amadurecendo como ser humano, percebe que precisa buscar uma harmonia entre a mente, corpo e alma, utilizando a religião como o elemento de mobilização para fortalecer sua fé. Para a autora, quando o indivíduo se conecta com a sua essência espiritual, no sentido mais elevado, ele se aproxima mais da presença de Deus.

Diante do exposto, os três depoimentos coadunam com segundo e nono *Caritas Processes*. O segundo aponta que, através da fé em Deus, o cuidador sente-se acolhido em suas necessidades físicas, emocionais e espirituais; a religião/religiosidade fornece suporte em momentos de fraqueza e anseios (WATSON, 2002a, 2002b, 2007). Para o cuidador formal, a esperança na resolução dos problemas é através da fé que tem em sua religião.

Já no nono *Caritas Processes*, o próprio cuidador presta para si próprio uma assistência para as suas necessidades, pois ele procura, através de sua religião/religiosidade, o cuidado para suas aflições, medo e angústias (WATSON, 2002a, 2002b, 2007). As necessidades podem ser de ordem física, emocional ou espiritual.

C6 ainda discorre sobre o significado de sua crença, no momento que necessitou tomar uma decisão, contudo, ressalta que sua religião está presente em todas as circunstâncias da vida, seja as que geram insatisfação ou felicidade, conforme o depoimento abaixo:

Tomar uma decisão em um momento quando eu estou assim precisando, que todo mundo tem seu momento de tristeza e de alegria, então, acho que a minha religião é importante a todo o momento (**C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, 1 ano como cuidadora formal**).

Os cuidadores acreditam que a fé é uma maneira de cuidarem de si mesmos e que através dela irão obter esperança e ânimo, pois permitem interpretações positivas, mesmo diante das dificuldades impostas pela vida. A religiosidade/espiritualidade se configura como o apoio de busca para dar sentido à vida. Existe um sentimento de conforto e segurança ao procurar compreender as situações consideradas desagradáveis de maneira positiva e com expectativa de melhora (SOUZA et al., 2017).

Dentre os *Caritas Processes*, o quarto apresenta a influência da dimensão espiritual como forma de ajuda e confiança para si ou para o outro (WATSON, 2002a, 2002b, 2007). O depoimento de **C6** evidencia que sua religião contribui para o autocuidado, autocura e

autorecuperação, sendo o próprio cuidador formal protagonista desse cuidado. Quando o indivíduo tem a capacidade de incluir a dimensão espiritual como estratégia de proteção, isso estará presente em muitas ocasiões da vida.

Para Watson (2007), a crença do cuidador deve ser encorajada, estimulada e respeitada, porque influencia diretamente para a promoção e manutenção de sua saúde, seja ela de origem física, mental ou espiritual. Ao acreditar na existência de um ser superior, o cuidador mantém a fé e a esperança de superar suas dificuldades.

A convicção religiosa de alguns participantes iniciou desde cedo, pois a família foi a principal responsável para a educação/formação religiosa. Neste sentido, os pais contribuíram para o primeiro contato com a religião. Os depoimentos abaixo apresentam que a relação da família com religião foi determinante para o cuidador formal ter interesse na prática religiosa:

Eu acredito muito na reencarnação. Acredito bastante, acredito na vida após a morte. Sempre segui o espiritismo. Minha mãe, ela era do espiritismo. Ela já faleceu e eu passei a ir às palestras. Me identifiquei bastante, eu acredito bastante no espiritismo (**C3, mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal**).

É uma crença pelo incentivo dos meus pais. Eles nunca nos forçaram a ter religião, foi de livre e espontânea vontade. Meu pai foi para igreja e eu comecei a seguir ele (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

É porque assim como a gente é católico, a gente é batizada na igreja [...]. Fui desde pequena, eu fiz primeira comunhão. Eu tinha minha avó que seguia a missa (**C13, mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal**).

C3 expressa que o primeiro contato com a religião foi através de sua mãe, que mesmo após seu falecimento passou a seguir seus ensinamentos. **C10** teve o exemplo dos pais para decidir a religião que ia seguir. Mesmo com esse incentivo, sua decisão foi sem coação. Também por influência familiar, **C13** desde a infância já seguia as atividades da religião católica.

O cuidar na teoria de Jean Watson apresenta um sistema de valores que respeita, considera e valoriza o cuidador formal como pessoa e como indivíduo, considerando sua autonomia e liberdade de escolha. Reconhecer e valorizar a dimensão espiritual como parte integrante da existência humana perpassa pelo princípio de que o cuidado somente é efetivado no momento onde há junção das experiências, sentimentos, emoções e histórias de vida dos sujeitos envolvidos (WATSON, 2002b).

Alguns depoimentos apresentam que os cuidadores formais não sentem a necessidade de manter os princípios doutrinários da religião. Apesar de acreditar na existência de Deus, eles não seguem a prática religiosa, conforme os depoimentos abaixo:

Eu sou uma católica que não sou daquela muito praticante. Não tenho aquela coisa de ser carola. Dia de domingo, eu venho aqui participar da missa, mas não quero esse compromisso, esse de participar de determinados grupos, que a igreja de lá tem (**C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Significado da minha religião para minha vida? Como no momento eu não sou praticante, eu acredito em Deus. Eu acredito que se você fizer o bem, você terá o retorno que é o bem perante a Deus. (**C9, homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

O significado de eu ser católico é (pausa) quer dizer, eu não pratico. Atualmente eu não estou praticando, quer dizer indo para a igreja. Mas eu acredito em um Deus, entendeu! O Deus que eu acredito para mim está de bom tamanho (**C15, mulher, solteira, católica, 32 anos, 10 meses como cuidadora formal**).

C2 afirma que é católica, porém, reconhece que não exerce sua devoção, não assume nenhum compromisso e somente participa das missas nos dias de domingo. **C9** e **C15** referem sua crença em Deus, independente de estarem mantendo uma prática religiosa, ou seja, seguindo as normas e dogmas da religião católica. **C9** ainda agrega sobre ter atitudes que promova o bem-estar da pessoa idosa e **C15** acrescenta que, o fato de acreditar em Deus é suficiente, mesmo estando ausente de celebrações em templo/culto religioso.

Estudo realizado em Natal com 92 cuidadores formais cadastrados em uma ILPI identificou que 64% eram da religião católica (BARBOSA et al., 2017). Outra pesquisa realizada também com cuidadores apresentou que 77,4% relatou ter uma crença religiosa e que seguem as atividades doutrinárias (SOUZA et al., 2017).

Os cuidadores apresentam os conceitos de religião e religiosidade, mesmo sem saberem a diferenciação, evidenciando uma relação mais próxima com a religiosidade e espiritualidade. O conceito de religião faz referência a uma organização institucional que estabelece comportamento, condutas, rituais, doutrinas e crenças com práticas individuais ou coletivas, com o objetivo de facilitar a relação do homem com o sagrado ou transcendente (IOUNE; VECINA, 2017).

Ioune e Vecina (2017) ainda referem a religiosidade como ações e atividades que são realizadas pelo indivíduo de acordo com os dogmas de uma religião ou não. É através dela que os seres humanos se aproximam da sua dimensão espiritual e expressam a sua espiritualidade.

Afirmam que “as pessoas podem ter crenças individuais, sem se voltar a um Deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião” (IOUNE; VECINA, 2017, p. 2).

C5 demonstra que em sua vida, a espiritualidade é mais presente do que a religiosidade, visto que, independente de ter uma prática religiosa, isso não altera sua maneira de viver:

Me ajuda e muito para eu ser uma pessoa sempre alegre. Então para mim não tem tempo ruim. Eu acho que se eu for para a igreja sou isso mesmo. Se eu não for, sou isso mesmo! (**C5, mulher, solteira, católica, 37 anos, 6 anos como cuidadora formal**).

Dessa forma, considera-se que ser praticante ou não de uma crença religiosa não é a condição para que ocorra o cuidado espiritual. A Teoria do Cuidado Transpessoal procura razões fenomenológicas para o cuidar. Isso perpassa por uma relação intersubjetiva de pessoa para a pessoa no momento do cuidado, criando um campo de energia que mobiliza um nível de consciência mais profundo, conectando-se na trilha de mente, corpo e alma (WATSON, 2002b).

Subcategoria 5.4.2 – A dimensão espiritual do cuidador formal como processo de transformação

Essa subcategoria apresenta como o cuidador atribuiu outro significado ao seu viver após ter uma religião. Os depoimentos abaixo apresentam como a religião/religiosidade é capaz de mobilizar e transformar a vida de uma pessoa:

Como Jesus fez a mudança da água para o vinho, eu mudei da água para o vinho. Para uma pessoa melhor, em termos de visualizar o amor ao próximo! (**C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal**).

É um ponto de equilíbrio, porque a gente sem religião não é nada! A gente tem que buscar Deus de qualquer forma, entendeu? Então é equilíbrio para nossa vida, para nossa mente, para nosso dia a dia! A gente precisa de religião, não importa qual que seja (**C13, mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal**).

Então, tudo que eu vivo, tudo que eu faço é em prol do meu Deus. Que eu sei se não tiver Deus na vida da gente, não vai nada lá para frente. E quando eu passei a ser evangélica, eu fui me transformando, cada dia mais eu estou me transformando numa pessoa melhor (**C18, mulher, solteira, evangélica, 47 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

C12 faz a comparação da transformação que a religião fez em sua vida, através de um ensinamento que teve com a leitura da bíblia. **C13** apresenta que sua existência só tem significado com a presença da religião e que todos precisam seguir uma doutrina religiosa

independente, não importando o grupo religioso. Ela relata sobre o bem-estar psicológico que tem após se tornar uma pessoa mais equilibrada, tranquila e calma. **C18** refere que sua existência está direcionada para Deus, pois somente com a sua presença se tornou uma pessoa mais benevolente.

A religiosidade/espiritualidade em **C12**, **C13** e **C18** promoveu mudanças significativas na maneira como o cuidador identifica a vida, pois o mesmo transmite confiança e segurança pela presença de um ser superior. Para Tavares et al. (2016), isso possibilita para que os seres humanos impulsionem valores transcendentais, capazes de oferecer condições de superação e enfrentamento de suas fragilidades, porque se aproxima de algo maior do que seu existencial.

Na teoria de Jean Watson, o cuidado transpessoal denota um novo entendimento e esclarecimento sobre os mistérios da vida, reconhece que cada ser humano é capaz de aprender com o próximo através da troca de experiências e vivências. O Eu espiritual do cuidador formal potencializa uma fonte interna para a cura interior, que conecta e demonstra interesse de forma genuína pelo outro (WATSON, 2002b).

Sobre isso, o terceiro *Caritas Processes* apresenta justamente a sensibilidade que o cuidador formal tem para si mesmo e para o outro. O cuidado a nível transpessoal considera níveis mais elevados de conhecimento, encontra sentido e harmonia na sua existência, através da relação entre mente, corpo e alma, favorecendo um desenvolvimento de cuidar fundamentado em uma abordagem humanística e comportamental (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

É evidente também, o sétimo *Caritas Processes*, visto que a dimensão espiritual do cuidador favoreceu para o processo de ensino e aprendizagem transpessoal. Este *Caritas Processes* evidencia que o cuidador não basta somente obter o conhecimento espiritual, mas vivência a dimensão espiritual primeiramente para si, para posteriormente transmitir para o outro (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Para Watson (2002a, p.101), a ideia de transcendência representa a capacidade de que todo ser humano tem de “atualizar o verdadeiro Eu, desenvolvendo a essência espiritual do Eu, e no sentido mais elevado, torna-se mais a imagem de Deus”. Dessa forma, as transformações vivenciadas pelo indivíduo contribuem para o crescimento ético, moral e espiritual. Seu amadurecimento espiritual direciona o cuidado para si e também para o outro.

A dimensão espiritual favoreceu sentimentos humanísticos com a vida, com o próximo e o crescimento pessoal. O cuidador formal que tem uma religião acredita em princípios solidários e tem uma nova concepção e compreensão sobre os dilemas da vida. O significado

da religião também é identificado como sensação de paz, confiança e tranquilidade, como conforme relatos:

[...]. Acho que traz mais o amor ao próximo, ajuda a gente ver de outra maneira o próximo. Pelo menos, a minha religião me ajudou muito a lidar com o povo, com o público, com todo tipo de gente (**C7, mulher, solteira, evangélica, 36 anos, 6 meses como cuidadora formal**).

Porque a gente tem que lidar com as pessoas, porque a gente sabe que lidar com o ser humano é difícil, a gente precisa compreender. Então, a Bíblia fala, a gente deve amar ao seu próximo como a ti mesmo (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

[...]. Traz paz, tranquilidade, autoconfiança! Por que quando você não tem uma religião, você não crer em nada, você não tem a quem se apoiar. E quando você tem religião, você sabe que existe um Deus que pode todas as coisas! Você pode confiar nele. Fé é um ato de acreditar naquilo que você não vê, mas naquilo que você espera. (**C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal**).

A religião mobiliza no cuidador sentimentos de compaixão, solidariedade e amor ao próximo. Sua mudança de atitude possibilita um melhor convívio social com o outro, conforme o depoimento de **C7**. **C10** relata que, após a leitura de livros sagrados, começou a compreender melhor as relações humanas, e a partir daí, amadureceu o seu convívio com o próximo. **C12** complementa que sua religião serve de auxílio, pois se sente seguro, confiante e esperançoso, através da fé que tem em Deus.

Através de valores altruístas adquiridos com a espiritualidade, o cuidador utiliza sua dimensão espiritual para compreender melhor o próximo, visto que, para que haja um adequado convívio social é necessário harmonia e equilíbrio entre os seres envolvidos. Na convivência diária entre o cuidador e a pessoa idosa, sentimentos de atenção, carinho e amor contribuem para um bom relacionamento entre ambos. A inclusão desses sentimentos corrobora para um vínculo afetivo e condizente com a proposta do cuidar (ALMEIDA et al., 2017).

O primeiro *Caritas Processes* propõe que o cuidador construa um sistema de princípios humanísticos e altruístas no cuidado com a pessoa idosa, considerando, valorizando e compreendendo não somente o corpo físico, mas, principalmente sua mente e espírito. Sentimento de afeto, carinho, gratidão e amor são importantes e devem estar presentes, na medida em que se constrói a relação com a pessoa cuidada (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Watson (2002a) refere, que no cuidado transpessoal, o indivíduo deve cuidar do outro de uma forma amorosa, estabelecendo um contato com o mundo emocional e subjetivo do outro. Todavia, o cuidador deve ter a percepção que inicialmente deve cuidar de si, para depois cuidar do outro.

A religiosidade/espiritualidade do cuidador formal advém como estratégia pessoal nas instabilidades e fragilidade emocional, a exemplo do medo da morte, angústia, medo e desesperança. Os depoimentos abaixo apresentam como a dimensão espiritual do cuidador foi manifestada por determinadas situações:

[...]. Tem uns 06 anos atrás, eu quase ia a óbito. Eu cai na praia e no meu leito eu usei a minha fé. Eu falei se Deus me desse a minha vida de volta que eu vou seguir ele o resto da minha vida. Eu estou aqui até hoje! (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

Eu me sinto mais humano, sabia? Eu comecei a me senti um pouco mais diferente, passei a gostar mais de mim. Eu não tive uma boa infância, meus pais se separaram muito novos. Aí eu tinha essa mágoa no coração e aí vendo algumas palavras que o bispo aqui falava, eu fui mudando (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

C10 sinaliza que excitou sua fé após passar por um episódio de doença, pois acreditou que somente Deus era capaz de reverter à gravidade do estado de saúde que se encontrava. O abalo emocional após a separação dos pais deixou **C14** com ressentimentos e desgosto pela vida, perdeu o significado da sua existência como pessoa e como ser humano. Somente após ouvir, presenciar e conhecer os ensinamentos de uma doutrina religiosa que o mesmo melhorou sua autoestima.

A dimensão espiritual dos participantes configura-se como o apoio para dar um novo sentido à vida. Ao sentir-se seguro, o cuidador procura compreender as situações consideradas desagradáveis de maneira positiva e com expectativa de melhora. Para Rocha et al. (2018), o indivíduo que encontra consolo e amparo em Deus ou na existência de um poder superior tem outra perspectiva sobre as adversidades impostas pela vida.

O quinto *Caritas Processes* da Teoria do Cuidado Transpessoal refere que, nos momentos que emergem os sentimentos positivos e negativos na vida do indivíduo, eles devem ser valorizados e estimulados. A manifestação desses sentimentos é uma maneira de conexão profunda com seu interior, é uma forma de expressão sobre a situação vivenciada (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O depoimento de **C10** evidencia que o nono *Caritas Processes* é presente, visto que houve o cuidado transpessoal no momento em que o cuidador teve necessidade a nível espiritual. A partir das fragilidades de ordem física, foi que o cuidador teve o acesso para o seu eu espiritual, buscando o equilíbrio do corpo-mente-alma. Para Watson (2007, p. 9) “não estamos tocando apenas o corpo, mas o espírito corporificado”.

Os sentimentos e aspectos emocionais do ser humano são resultantes de experiências consideradas positivas ou negativas, mas que precisam ser reconhecidos e considerados no processo do cuidar do outro, visto que é nesse momento que pode ser promovido o acesso ao nível mais profundo para uma autocura. O ser que cuida precisa ouvir e valorizar as histórias e significados que permeiam a vida do ser que recebe o cuidado, em muitos casos, pode ser o primeiro e único cuidado que se pode oferecer (WATSON, 2007).

Subcategoria 5.4.3 – A dimensão espiritual do cuidador formal respeitando a religiosidade no cuidado a pessoa idosa

Esta subcategoria apresenta de que forma a dimensão espiritual do cuidador formal se expressa no cuidado com a pessoa idosa no dia a dia. A dimensão espiritual é utilizada pelos cuidadores como suporte diário no processo do cuidado, para enfrentar essa realidade e continuar a desempenhar sua função.

Os depoimentos abaixo revelam que a dimensão espiritual do cuidador colabora para uma melhor aceitação da dimensão espiritual do outro:

Porque a gente respeita, não é? A gente respeita o que se sabe. Cada um com sua crença (**C1, mulher, casada, não tem religião, 37 anos, 1 ano e seis meses como cuidadora formal**).

Quando minha chefe me chama, ela pergunta: **C10** você pode ir para igreja católica? Eu digo: Não tem problema nenhum! Aí ela fala assim: E a sua religião? A minha religião não empata em nada, porque eu estou aqui para trabalhar! Eu estou aqui para servi-lo! Se fosse pela minha própria vontade, eu não iria, mas como são para eles, tenho que respeitar o espaço deles. (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

A gente quando vê qual o tipo da religião dele, a gente tenta se adequar, não é? Ao tipo de religião dele. A gente vai fazer a nossa parte, mas também respeitando a religião dele (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

Mesmo não tendo uma prática religiosa, **C1** demonstra apreço sobre a subjetividade da dimensão espiritual, pois cada pessoa idosa tem a sua crença. **C10** considera que as crenças individuais não podem interferir na rotina de trabalho, visto que não impede de promover a atividade religiosa da pessoa idosa, mesmo quando precisa frequentar ambientes opostos à sua religião. Contudo, **C14** já acredita que o cuidador formal deve interessar-se pela religião da pessoa idosa, considerando que seu cuidado deve ser adaptado para esse contexto.

O ideal e o valor do cuidar são julgados exclusivamente no bem-estar da pessoa que será cuidada e envolve um maior sentido do ser, pois, apresenta um compromisso de valores que leva em consideração a autonomia humana e a liberdade de escolha (WATSON, 2002a).

Neste contexto, o primeiro *Caritas Processes* expressa que o sistema de crença e valores da pessoa idosa deve ser considerado no processo de promoção e recuperação da saúde. Para Watson (2002a, 2002b, 2007), há certos momentos que o cuidador deve somente estimular e motivar a fé em algo ou alguém em que acredite; ao invés do uso de medicamentos.

Neste sentido, o objetivo do cuidar vai além das especificidades do emprego de técnicas específicas da área de enfermagem, que priorizam a padronização de ações e desconsidera a trajetória do ser humano. No momento em que o cuidado ocorre diz respeito ao cuidar do outro de maneira integral, sem fragmentar sua trajetória de vida ao retratar apenas a doença como protagonista (WATSON, 2002a).

Pessoas que são religiosas sentem-se respeitadas quando percebem que profissionais de saúde levam em consideração suas crenças religiosas e fazem essa inclusão como componentes de atividades na rotina de trabalho (KOENIG, 2012). Os profissionais de saúde jamais devem interferir e julgar a opinião ou a crença do paciente (INOUE; VECINA, 2017).

Contudo, mesmo diante dessa realidade, o profissional de saúde comporta-se em alguns momentos ausente ou distante sobre a dimensão espiritual da pessoa idosa. O depoimento de **C8** relata que faz sua atividade e não identifica a crença religiosa da pessoa idosa que cuida, porque a mesma não verbaliza, e ao presenciar uma atividade religiosa, prefere não fazer intervenção:

Não, porque às vezes eu não sei nem a religião deles. Ele não passa para a gente isso [...]. A gente faz o serviço, mas não percebo a religião dele, o que ele participa. Ficam rezando lá, mas não quero interferir (**C8, homem, solteiro, católico, 50 anos, 21 anos como cuidador formal**).

A necessidade de valorizar a dimensão espiritual dentro do contexto hospitalar, visto que nesse ambiente, a pessoa idosa se encontra fragilizada e desmotivada em decorrência de sentimentos negativos que emergem sobre as questões de morte, doença, medo e dependência. Com essa perspectiva, os aspectos depressivos tendem a manifestar-se, e a utilização dos recursos religiosos é uma forma de conforto para o momento (CAIRES; LAENDER, 2016).

Uma das principais razões para incluir a dimensão espiritual é que muitas pessoas que passam por processo de adoecimento são religiosas e tem necessidades espirituais, principalmente em situações em que a doença simboliza uma ameaça para a vida. No geral, os

pacientes desejam que os profissionais de saúde demonstrem interesse por sua crença religiosa e inclua no seu tratamento de saúde (KOENING, 2005).

Para o cuidado transpessoal ser efetivado, ele necessita de uma mudança positiva para a promoção do bem-estar do outro, requer que o cuidador tenha um compromisso para si e para o outro. Quem cuida precisa ter um envolvimento social, moral e espiritual, para nesse momento pode trazer consigo uma troca de empatia, que estabelece proximidades do ser que cuida e do ser receptor de cuidados (WATSON, 2002b).

Subcategoria 5.4.4 – Atitudes de paciência, empatia, tolerância e amor no cuidado a pessoa idosa

Esta subcategoria revela os sentimentos atribuídos pelos cuidadores que são fundamentais para exercer a função de cuidador. O cuidar pode ser identificado como “mais que um ato; é uma atitude”, pois se concentra em um posicionamento de atenção, zelo, ocupação, preocupação, responsabilidade e afeto em relação ao próximo (BOFF, 2014, p. 37). Os depoimentos abaixo apontam o entendimento sobre esses sentimentos:

Trabalhar com idoso tem que ter muita paciência e gostar. Tem que gostar porque, às vezes, o idoso, ele já passou por tudo, ele já foi jovem, já foi criança, ele já passou por tudo que a gente está passando, não é? (**C3, mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal**).

No momento do cuidado, você tem que ter amor pelo que você está fazendo, que se você não tiver amor por aquele paciente que está ali, isso para mim não é cuidado (**C5, mulher, solteira, católica, 37 anos, 6 anos como cuidadora formal**).

E dar o melhor de mim para cuidar do idoso. Me pondo no lugar e cuidando dele como gostaria de ser cuidado (**C9, homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

Os depoimentos revelam que a dimensão espiritual do cuidador formal agrega no cuidado a pessoa idosa valores essenciais, tais como: paciência, tolerância e amor. **C3** relata que é necessário ter disposição para a função e identificação pela história de vida da pessoa idosa. **C5** comenta que o sentimento do amor ao próximo é fundamental para a existência do cuidado. Já **C9** acredita que exercer sua profissão com empenho e dedicação é a melhor maneira de cuidar, pois gostaria também de receber esse tipo de cuidado.

O processo de cuidar transpessoal é considerado como arte, porque envolve a intersubjetividade, visto que suscita sentimentos e emoções mais generosos e necessários para

o cuidado. A mente, as emoções e o ponto de acesso para conectar-se com a alma e o corpo estabelecem uma relação íntima com o nosso ser espiritual (WATSON, 2002a).

Quando esses sentimentos são transmitidos fortalece o processo de cuidar e afeta o receptor, visto que o cuidador formal está direcionado para um sentido mais elevado da sua existência. O cuidador empenha-se em efetivar o seu verdadeiro Eu pessoa, conectando com o seu Eu espiritual, para torna-se mais semelhante a Deus (WATSON, 2002b).

Dessa forma, o *Caritas Processes* presente é o primeiro, por apresentar que o cuidador vai além do fazer convencional, pois procura ter atenção, sendo assim, o cuidado é embasado por sentimentos altruístas. Através da dimensão espiritual é possível cuidar do outro e despertar para si o cuidado transpessoal (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

A satisfação que o cuidador formal tem no ato de cuidar da pessoa idosa é compreendida em uma relação permeada por sentimento de amor, compaixão, carinho, afeto e atenção, sendo empático com a situação do outro e ressaltando que essa seria a mesma maneira que também gostaria de ser cuidado. A interação que se estabelece entre ambos não associa com um cuidado tecnicista e assistencialista. O contato interpessoal envolve a paciência, o respeito, o compromisso e a disponibilidade. A função de cuidador representa uma “obrigação social e cívica em cuidar de um ser humano que se encontra frágil e vulnerável” (FERREIRA, 2012, p.28).

Ferreira (2012) ainda identificou em seu estudo que muitos cuidadores atribuem seu cuidado a partir de uma referência familiar, pois caracterizam a maneira como cuidam como se fosse realizado com alguém da própria família, conforme os depoimentos abaixo:

Aqui tem uma idosa, que eu me apaixonei por ela no primeiro dia, que por sinal tem o mesmo nome de minha mãe. Tem uns que você se identifica mais. E ela como não tem familiar nenhum, ela não tem ninguém. Eu meio que adotei ela (**C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Tem a gente como uma família, porque às vezes, a família deixa e não vem, a gente é que cuida. A gente é pai e mãe para eles, entendeu? (**C8, homem, solteiro, católico, 50 anos, 21 anos como cuidador formal**).

Eu faço meu trabalho com amor! Amo o que eu faço, cuido deles como se fosse eu no futuro. Como se fosse um parente meu, uma mãe minha e eu trato eles muito bem [...] (**C18, mulher, solteira, evangélica, 47 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Os depoimentos são semelhantes, pois a associação do cuidar está relacionada com a identificação e afinidade. **C2** apresenta um aspecto sobre o vínculo ser tão intenso que a mesma assumiu a responsabilidade por uma idosa que não tem nenhuma referência familiar, sendo que

C8 encarrega-se de assumir o papel como se fosse o genitor. Já **C18** reforça o sentimento de que exerce sua função por amor ao próximo e associando estar nessa mesma realidade no futuro.

Essa constatação é muito presente em relação aos cuidadores familiares, visto que para a definição da função é considerado o nível de parentesco e a proximidade física e afetiva com a pessoa idosa. A função do cuidador está relacionada integralmente com a pessoa idosa e dessa relação é que o cuidado se desenvolve. A família ainda é a principal fonte de apoio e de cuidado. Mesmo quando isso não ocorre de forma adequada, ainda há fortes expressões simbólicas e a presença do vínculo afetivo (AREOSA et al., 2013; LOUREIRO; FERNANDES, 2015).

O cuidador formal que está inserido em um contexto hospitalar sente que necessita do apoio da sua dimensão espiritual devido às dificuldades pessoais e a sobrecarga emocional em que estão inseridos ao cuidar da pessoa idosa, conforma os depoimentos abaixo:

Você chega bem, chega cantando, sorridente e elas conseguem te passar uma energia, algo assim que, se você não tiver mesmo seguro, você fica um pouco para baixo, entendeu? Têm algumas idosas que passam uma energia, um pouco negativa pela forma de ser (**C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, um ano como cuidadora formal**).

Como é que eu uso a minha fé? Ah, eu busco em Deus força. E espiritualmente prepara. Me dá equilíbrio, e psicológico! Me dá força, para que eu possa saber lidar com o ser humano! Porque não é fácil você cuidar de um, dois. Imagine você cuidar de oito pacientes? Cada um com sua fé, cada um com sua religião, cada um com uma bagagem de história de vida diferente! Então, você tem que buscar realmente fé! Força em sua religião, não importa a qual. Que você tenha e viva a fé que tem para que você venha, realmente, fazer um bom trabalho! (**C17, mulher, solteira, evangélica, 41anos, três anos como cuidadora formal**).

C6 refere que seu lado espiritual fornece força e ânimo para exercer suas atividades, visto que a pessoa idosa se encontra em um momento no qual alguns sentimentos de insatisfação, desgosto e desesperança podem repercutir no seu estado emocional e espiritual. **C17** evidencia sobre o desgaste psíquico referente à sobrecarga de trabalho. Ainda, sobre o suporte de ter uma religião, independente da qual, e vivenciar sua fé através dela possibilita um equilíbrio psicológico e espiritual para exercer adequadamente a sua função.

Os dois depoimentos referem que a responsabilidade de assumir a função de cuidador é classificada, frequentemente, como uma tarefa árdua e estressante. O cuidador precisa considerar que o envelhecimento é um processo individual e cada indivíduo traz consigo, experiências que podem impactar no processo de aceitação ou não às expectativas com esta etapa da vida. Estudo realizado com cuidadores formais constatou que 40% tinham como principais queixas emocionais a ansiedade, nervosismo e preocupação (DINIZ et al., 2018)

Alguns cuidadores não têm suporte adequado e equilíbrio emocional para lidar com diferentes sentimentos que surgem ao cuidar de uma pessoa idosa. Tais dificuldades podem causar problemas psicológicos, necessitando de uma rede de apoio, sendo que o suporte espiritual é a estratégia mais utilizada pelos cuidadores. Dessa forma, a busca de uma religiosidade/espiritualidade pode proporcionar um bem-estar nos momentos de estresse, por acreditar na vontade divina ao aceitar as divergências e contornar para que a carga de sofrimento seja mais suportável (FORTUNA et al., 2016).

No momento do cuidado transpessoal existe uma troca de experiências entre todos os envolvidos. O cuidador pode entrar na experiência da pessoa idosa e a pessoa idosa pode entrar na experiência do cuidador. Essa troca de experiências permite a abertura de um campo de energia em que um dos seres envolvidos potencializa a autocura e a autorecuperação, sendo capaz de identificar a condição do ser “*self*” do outro, liberando sentimentos e pensamentos que ambos desejavam a tempo (WATSON, 2002b).

O terceiro *Caritas Processes* apresenta que se dedicar e ter sensibilidade para si e para os outros pode amenizar sensações desfavoráveis e prejudiciais que irão impactar diretamente no processo de cuidado. O quinto *Caritas Processes* também é evidenciado, pois expressa que a promoção e aceitação dos sentimentos positivos e negativos devem estar presentes (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

No cuidado transpessoal, essas manifestações sentimentais é parte integrante do ser humano, não podem ser anuladas ou desvalorizadas. O reconhecimento da existência de momentos de dificuldades emocionais presentes na rotina do cuidador precisa ser aprimorado ou confrontado (WATSON, 2002a, 2002b). Mesmo diante dos desgastes dessa realidade, os cuidadores entendem que os problemas pessoais não podem interferir em sua rotina, conforme o depoimento abaixo:

Porque às vezes, você está com a cabeça muito cheia de problemas. Você vem de casa com briga com o marido, briga com filho, nota de colégio, reclamação de escola de menino e tal. Você chega aqui, encontra com música, uma palavra que pode ser de católica, espírita ou outra religião. O convívio com isso faz com que você bloqueie totalmente esse lado negativo. Você tem outra visão, você acaba esquecendo dos problemas, porque a conversa, o louvor e as coisas, só acaba deixando os problemas lá fora **(C11, mulher, casada, católica, 39 anos, 1 ano e oito meses como cuidadora formal)**.

Ajuda a resolver tudo chamando Deus, não é? Às vezes, eu estou tenho uma chateação em casa, mas eu chego aqui já esqueço, vejo minhas pacientes, principalmente as acamadas. Aí eu fico olhando, eu estou com saúde. Meu problema, eu posso resolver! E ali na cama, depende da gente, não é? **(C16, mulher, divorciada, evangélica, 51 anos, 12 anos como cuidadora formal)**.

C11 refere que, mesmo passando por dificuldades na vida pessoal, não deixa isso interferir nas suas atividades. Ao ter contato com um ambiente envolvido com a aproximação da dimensão espiritual, através de músicas, louvores, os aborrecimentos são contornados. Nessa mesma perspectiva, **C16** não permite que suas preocupações atrapalhem seu cuidado. Além de acreditar que tudo será resolvido pela presença de Deus, ela ainda faz a comparação da sua realidade com a da pessoa idosa acamada.

Para Machín (2015), os profissionais de saúde precisam desenvolver certas capacidades emocionais necessárias à sua rotina, como por exemplo, autocontrole, confiança, coragem, empatia e motivação. Dessa forma, a autora considera que a teoria de Jean Watson pode promover que o cuidador formal crie mecanismos através da inteligência emocional, direcionando e equilibrando as emoções através da presença da sua crença religiosa.

No momento transpessoal do cuidar, tanto o cuidador como a pessoa idosa podem ter a oportunidade de decidir como conduzir esse contato, ou seja, de que forma se encontram na relação e vivenciam novas oportunidades que vão além do espaço, do tempo e da matéria. Neste momento, o cuidador pode buscar, na dimensão espiritual, o interesse de forma genuína pelo outro (WATSON, 2002b).

Dessa forma, fica evidente o terceiro *Caritas Processes*, visto que o cuidador apresenta empatia, sensibilidade e compaixão para com a pessoa idosa. Através de sua dimensão espiritual, ele compreende sua realidade através da realidade do outro. Quando o cuidador está sensível em reconhecer seus sentimentos, ele é capaz de compreender as necessidades do outro (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

5.5 CATEGORIA 4: O CUIDADOR NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA

O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa é relevante e ocorre através de conversas que abordem fé, crença e a presença de Deus e, também, a participação nas atividades religiosas.

A compreensão das necessidades espirituais se torna necessária, justamente em momentos que a doença e a morte estão mais evidentes, pois os indivíduos buscam através da fé e da crença um suporte para essa realidade. Para Lucchetti et al. (2011), a velhice é uma etapa da vida em que as questões sobre a finitude são mais frequentes, por isso, nessa fase as práticas espirituais são mais evidentes. As subcategorias que emergiram foram: 1. O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir dos diálogos sobre religião; 2. O cuidado a dimensão espiritual

da pessoa idosa a partir do incentivo as práticas religiosas; 3. O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir das necessidades físicas, emocionais e espirituais.

Subcategoria 5.5.1 – O cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa a partir dos diálogos sobre religião

A pessoa idosa pode trazer consigo o questionamento sobre a vida, o surgimento de doenças degenerativas, os questionamentos existenciais, as perdas de pessoas e o distanciamento da própria família. Quando os cuidadores formais abordam sobre questões espirituais é uma forma de oferecerem o cuidado a esta dimensão, como mostra os relatos abaixo:

Acredito e faço de tudo para levar até para os meus idosos o conhecimento sobre Deus. Para ele vê como é bom. Quando a gente vai para missa, aí eu explico as coisas a ele. Muitos não sabem e aqui têm muitos que são nervosos (**C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal**).

Referente a isso, quando o idoso fala de Deus, eu também falo. Eu acredito que estou fortalecendo, porque eu também creio em Deus. Às vezes, o idoso está querendo falar da religião dele e a gente está ouvindo e está prestando atenção [...]. Demonstrar a ele que está prestando atenção quando ele está falando da religião, não só está fortalecendo a ele, como também está sendo cuidado (**C9, homem, solteiro, católico não praticante, 38 anos, 4 anos como cuidador formal**).

Estimulo sim, porque só em falar de Deus para eles é um estímulo. Eu não deixar que ele esqueça que Deus existe e que Deus é nossa fortaleza. Converso com eles sobre isso (**C13, mulher, casada, católica, 40 anos, 13 anos como cuidadora formal**).

C4 esforça-se em falar, explicar e transmitir o conhecimento sobre Deus, porque acredita que isso irá fazer bem ao idoso. Ao depositar confiança no ser superior, a pessoa idosa pode ficar mais tranquila. A atenção disponibilizada de **C9** é justamente transmitir que está atento e receptivo quando a pessoa idosa inicia um diálogo sobre sua crença religiosa. Ainda existe a conscientização do cuidador em saber que fazendo isso, também um tipo de cuidado que fortalece seu espírito. **C13** relata que o cuidado a dimensão espiritual ocorre quando a mesma fala da presença de Deus, para que a pessoa idosa não esqueça de sua existência.

Pelos relatos apresentados, o *Caritas Processes* identificado é o segundo, pois refere que a pessoa idosa precisa ser estimulada sobre sua crença religiosa. A atenção do cuidador em acolher a dimensão espiritual da pessoa idosa permite uma conexão com o outro de maneira

autentica e estabelece um cuidado transpessoal, motivando a pessoa a buscar, através de sua crença, o amparo para suas necessidades espirituais (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O processo de cuidar entre o cuidador e a pessoa idosa é um momento especial que deve ser valorizado. Quando o cuidador estabelece esse contato através do diálogo sobre as questões espirituais com a pessoa idosa, há uma sintonia da mente-corpo-alma de ambos, que permite a valorização das suas necessidades existenciais e espirituais (WATSON, 2002a).

Mesmo quando há divergências de opiniões, para **C11** ainda é válido conversar sobre a dimensão espiritual da pessoa idosa, porque contribui para sensação de bem-estar e troca de experiências, além de estabelecer um laço de confiança e amizade:

De forma positiva, a gente tinha muito que conversar sobre o que a religião tem [...]. Discutíamos, às vezes, algumas coisas, mas era uma discussão positiva, gostosa, que terminava em coisas boas, não é? Os idosos ficam mais relaxados e quando está mesmo doente, debilitado, o ambiente fica mais leve com a religião. O convívio que eu tenho com elas e não traz tristeza, a conversa não é só de doença, de derrota, vem coisas leves e positivas (**C11, mulher, casada, católica, 39 anos, 1 ano e oito meses como cuidadora formal**).

Ao abordar sobre as questões espirituais, o cuidador legitima que existem outras possibilidades de cuidado que pode beneficiar a pessoa idosa, ao proporcionar bem-estar emocional, reviver sentimentos de esperança, resiliência, sentir-se amparado e aceitar fatos desagradáveis de maneira positiva.

O sétimo *Caritas Processes* discorre sobre o papel dos profissionais de saúde e a promoção do ensino-aprendizagem transpessoal. No momento em que estão oferecendo o cuidado transpessoal, o cuidador deve levar em consideração que a transmissão de informação e conhecimento sobre as crenças religiosas tem a peculiaridade de respeitar e acolher o outro integralmente, através do vínculo e empatia. É um processo de aprendizagem também para o cuidador, pois passa a conhecer a si próprio a partir do contato com o outro, de tal maneira que exercite a reciprocidade de sentimentos como o amor e esperança (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O cuidado a dimensão espiritual faz parte do cuidado integral, pois deve-se considerar o indivíduo em sua totalidade e dimensões, contudo, muitos profissionais de saúde não se sentem seguros de abordar esse assunto e de incluírem no plano de cuidado. A lacuna existente durante a formação, a falta de tempo e o distanciamento sobre o tema são as principais justificativas apresentadas, mesmo conscientes dos benefícios para o paciente (MENEZES, 2017).

A afirmação de Menezes (2017) confirma a fala de **C10**, que as demandas na sua rotina de trabalho, muitas vezes foi o motivo que impossibilitou de oferecer o cuidado:

Muitas das vezes não, porque a gente chega logo abafado para dar os banhos para adiantar. Então é um momento que a gente esquece de falar do amor de Deus de falar da crença de um e do outro (**C10, homem, casado, evangélico, 27 anos, 5 anos como cuidador formal**).

Ao validar a crença da pessoa idosa, o cuidador mostra a importância dessa prática. Além disso, a fé que a própria pessoa idosa deposita no sagrado e que, naquele momento, precisa trazer à tona como estratégia de apoio, esperança e enfrentamento de situações desconfortantes.

O significado do cuidar considera a dignidade humana da pessoa, sua subjetividade, escolhas e emoções. Inicia a partir do momento em que o cuidador entra na história de vida e no campo fenomenológico da pessoa idosa, indo além daquilo que é previsto nas normas e regras estabelecidas como única forma de tratamento (WATSON, 2002a).

A vida da pessoa idosa institucionalizada é gerenciada pela instituição, e devido a isso, ocorre um afastamento do seu convívio social. Com as limitações físicas, a pessoa idosa não tem condições de frequentar templos ou locais religiosos e dessa forma, exercitam sua RI no próprio ambiente que recebe os cuidados por meio da oração (SANTOS, NAVARINE, COSTA; 2018).

Subcategoria 5.5.2 – O cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa a partir do incentivo as práticas religiosas

O cuidado também foi evidente através do incentivo a participação nas atividades religiosas, visto que sua prática prepara para o cuidado de si mesmo, estimulando e fortalecendo o lado transcendental. A pessoa idosa pode trazer consigo o questionamento sobre a vida, o surgimento de doenças degenerativas, os questionamentos existenciais, as perdas de pessoas e o distanciamento da própria família (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Para Oliveira (2015), a vivência da religiosidade pode ser um recurso importante para enfrentar o processo de envelhecimento, visto que há benefícios na saúde física e mental dessa população. Dessa forma, o cuidador cuida da dimensão espiritual promovendo a participação nas principais atividades religiosas realizadas pela pessoa idosa, conforme relatos:

Estimulo eles bastante para ir [...]. Aquele idoso que gosta de ir à missa no domingo. Ah, então a gente estimula para não perder a sua rotina [...] (**C3, mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal**).

Tem vez que alguns têm um radinho, aí boto para ouvir a Ave Maria (**C5, mulher, solteira, católica, 37 anos, 6 anos como cuidadora formal**).

Ela faz as orações dela sozinha. De manhã, ela já ora, porque ela sabe que sempre, eu vou perguntar a ela! (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

Os três depoimentos evidenciam que as atividades religiosas são realizadas de acordo a crença espiritual da pessoa idosa e fazem parte do cuidado a dimensão espiritual na rotina do cuidador formal. **C3** enfatiza que motiva os idosos que gostam de ir à missa dominical. Já **C5** coloca as orações tradicionais para que a pessoa idosa escute e **C14** completa que é parte integrante de sua rotina de cuidado na dimensão espiritual saber se a oração já foi realizada.

Quando o cuidador formal demonstra respeito sobre a crença religiosa da pessoa idosa, ele contribui para a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, para o seu envelhecimento. A dimensão espiritual pode preencher o vazio existencial e reduzir o sofrimento e a solidão; repercute, também, para uma promoção na saúde física e diminuição de aparecimento de transtornos mentais. Ao manter suas atividades religiosas, o idoso sente-se mais ativo, tem uma atividade de lazer e a oportunidade de manter um convívio social com outras pessoas (OLIVEIRA, 2015).

A TCT refere que o cuidador formal, ao estimular as práticas religiosas tem um compromisso moral e o desejo concreto de cuidar, visto que manifesta em atitudes a preocupação com o bem-estar espiritual do outro. Favorecer que o indivíduo mantenha sua religiosidade possibilita transcender o espaço, o tempo e o mundo físico, conectando-se com sua alma e espírito, destacando que essa conexão possibilita o sentimento de proteção e apoio em Deus (WATSON, 2002a).

O terceiro *Caritas Processes* caracteriza como os cuidadores foram sensíveis para que a pessoa idosa tivesse um encontro transcendental, através das práticas espirituais. Motivar a ida à igreja demonstra um compromisso de cuidar que vai além do próprio ego, possibilitando o crescimento espiritual do praticante. Ao proporcionar isso, tanto o cuidador como a pessoa idosa criam um ambiente de equilíbrio do corpo-mente-físico (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Os cuidadores expressaram que outras estratégias podem ser utilizadas para concretizar o cuidado espiritual é pelas manifestações através de cânticos, adoração de imagens, conforme depoimentos:

Inclusive, a gente está com uma idosa que, com certeza que ela é do candomblé. Ela fala de coisas, canta a música do candomblé [...] E eu procuro assim incentivar. “Não, cante a sua música dos orixás! Nunca procuro desfazer [...]. Eu chegava ao ponto de até defender. “Não! Deixa ela cantar! Saudar os orixás! (C2, mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal).

Eu coloco o louvor, como eu te falei [...]. É porque a música, ela traz harmonia! A música, ela traz alegria! E tem letras que conforta o coração da gente (C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal).

Uns têm crucifixo, outros não têm. Outros ficam fazendo oração só com o gesto [...]. Tem terço, têm uns santinhos que sempre usam na mão para poder estar rezando e orando [...]. Isso aí eu observo bastante! (C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal).

O depoimento de C2 apresentou zelo e preocupação pela religiosidade da pessoa idosa, visto que sua crença corresponde à matriz africana. Neste sentido, a ética profissional evidenciou a garantia da expressão da religião da pessoa idosa. Cantar a música da sua religião e respectivamente demonstrar a sua fé é um gesto de aceitação e respeito. O apoio do cuidador foi fundamental, porque permitiu a pessoa idosa evidenciar sua necessidade não só em cantar, mas sim, cantar justamente músicas que caracterizam a sua crença particular, sua individualidade, seu direito de expressão, que trazem conforto.

C12 considera que as músicas cristãs possibilitam conforto e equilíbrio, ao trazer mensagem de ânimo e esperança. C14 relata o zelo com a dimensão espiritual por causa da presença do objeto, que representa a religiosidade da pessoa idosa, neste caso, as imagens de santo e o crucifixo. O objeto simboliza a proximidade com o sagrado, assim como também lembra algo que precisa ser feito referente à sua necessidade de ordem pessoal.

O cuidador estimula a dimensão espiritual ao apoiar práticas que representam a aproximação com o místico, metafísico ou transcendente, com aquilo que se configura como conforto, como expressão de compreensão e proximidade com o sagrado. A ocasião real do cuidar se configura como o momento para descobertas entre o cuidador e a pessoa idosa, visto que a proximidade entre os dois pode proporcionar um cuidado diferente, ao permitir as subjetividades de ambos em estado latente, como forma de crescimento pessoal de cada um (WATSON, 2012b).

A atenção do cuidador as necessidades da dimensão espiritual são importantes, visto que o respeito a essa necessidade da pessoa idosa corresponde ao segundo fator do *Caritas Processes*, cuja instalação da fé e esperança define um sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado. Por isso, o segundo fator destaca que é importante fortalecer e sustentar o

sistema de crenças do ser cuidado, do seu mundo e da sua vida (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Contudo a participação do cuidador para efetivar a implementação do cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa, não se resume na indicação ou observação da atividade, mais sim, como participante ativo desse cuidado, conforme os depoimentos abaixo:

Às vezes tem umas aqui mesmo que fala “Nunca mais você veio conversar comigo!”, “Nunca mais veio rezar! Fazer as nossas orações!”. Aí eu disse “Eu venho”! **(C3, mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal)**

Muitos deles me pediam para ler livros, eu pegava o livro [...]. Eu lia a Bíblia com eles, eu cantava um hino com eles. E eles se sentiam bem. Independente da minha religião ou não, eu tinha que atuar como um profissional. **(C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal)**

Os depoimentos evidenciam a necessidade de o cuidador interagir e mostrar-se interessado pelas práticas religiosas, levando a inclusão da dimensão espiritual como elemento potencializador do processo de cura. **C3** participa das atividades de orações junto com a pessoa idosa, por isso, que sua presença é necessária. Já **C12** acredita que, ao fazer leitura de textos sagrados, como a bíblia e cantar músicas religiosas como parte de seu cuidado proporciona sensação de bem-estar para a pessoa idosa. O mesmo relata que seu compromisso ético não interfere no momento do cuidado.

Quando o cuidador evidencia empatia pela situação presente e respeita momentos de fragilidade emocional como condição da natureza humana, ele mobiliza sentimentos de esperança e altruísmo. Nessas ações, o que se destaca é a relação entre seres humanos, logo, um aprende com o outro de maneira recíproca e contínua (WATSON, 2002a).

O oitavo *Caritas Processes* também é identificado, por oportunizar que o ambiente em que o cuidado ocorre torna-se um campo de energia saudável no nível físico, mental e também espiritual, ou seja, um ambiente que seja reconstituição (*healing*) para ambos indivíduos envolvidos (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Subcategoria 5.5.3 – O cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa a partir das necessidades físicas, emocionais e espirituais

Por estar mais sensível e vulnerável, a pessoa idosa quando se encontra hospitalizada utiliza o *coping* religioso como recurso para enfrentar os eventos estressores, utilizando forças transcendentais, proteção divina e conforto na religião. O *coping* religioso compreende que o

indivíduo utiliza sua espiritualidade para ter o real sentido da vida com resultados positivos na sua rotina (CAIRES; LAENDER, 2016).

Neste contexto, a pessoa idosa apresenta sentimento negativo em decorrência das limitações físicas, abandono familiar e o aparecimento das doenças degenerativas e por isso, o cuidado a dimensão espiritual é uma estratégia de apoio, conforme os depoimentos abaixo:

Ele era arrogante, xingava bastante e mesmo a gente cuidando dele, ele não se sentia bem. [...]. Pedia a Deus para que pudesse tocar no coração dele, que a gente estava ali para ajudar da melhor maneira que a gente pudesse [...]. Sempre falava com ele para ter fé em Deus! Deus me ajudou mesmo, que tocou no coração dele [...]. (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

[...]. Quando eles estão assim meio chateados eu digo, a senhora já rezou hoje? Pegue o terço, comece a rezar o terço, porque ele vai te ajudar muito! A senhora vai falar com pessoas espirituais que não fez mal nenhum e com certeza vai entender a senhora! (**C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal**).

O depoimento de **C14** evidencia que existem momentos em que a pessoa idosa expressa à insatisfação e questionamentos sobre a vida. Através da irritabilidade e impaciência, ela acaba destratando os cuidadores. Quando utilizou sua crença espiritual, teve resultado favorável para si e para o idoso. Já **C12** teve o cuidado de incluir a dimensão espiritual da pessoa idosa nos momentos em que eram evidentes sentimentos negativos. Informa que, ao fazer orações seguidas através do terço, a pessoa idosa vai sentir paz espiritual, pela presença de um ser sagrado ou divino.

A pessoa idosa, ao acreditar que existe a presença de um ser superior em sua vida tem capacidade de compreender suas limitações e ressignificar o real sentido da vida. Além disso, realizar as atividades religiosas proporciona uma sensação de apoio, segurança e refúgio, pois os indivíduos se sentem acolhidos, compreendidos e aceitos (CHAVES; GIL, 2015).

A TCT tem uma premissa básica que, através da mente e das emoções o ser humano é capaz de conectar-se com sua alma. Quando o cuidador oferece um cuidado nessa perspectiva, ele apresenta um envolvimento pessoal, moral, social e espiritual, comprometendo-se para outras necessidades que vão além da ordem física (WATSON, 2012b).

Dessa forma, o primeiro *Processes Caritas*, a formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos, coloca o cuidador como agente do amor-gentileza e a equanimidade, porque cuidar da dimensão espiritual do outro se caracteriza como um conjunto de ações em prol do outro, ao atender, auxiliar e respeitar suas necessidades com demonstração de práticas

de amor e gentileza. Neste sentido, a pessoa idosa é compreendida na sua totalidade, então, a dimensão espiritual deverá estar presente na sua rotina (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O sétimo *Processes Caritas* aborda justamente que, quando a pessoa experiêcia um comportamento negativo e nocivo, o mesmo deve ser compreendido como um meio de acessar sua alma e seu espírito. Para Watson (2002a, 2002b, 2007), o cuidador pode alcançar o sentido espiritual da pessoa idosa até no momento em ele chora.

Estudo realizado com treze cuidadores formais de uma ILPI identificou que as dificuldades apresentadas pelos profissionais dizem respeito às dependências físicas e emocionais. Os resultados indicam que a mudança de humor é presente através da irritabilidade, impaciência e agitação. Contudo, os cuidadores mantem o entusiasmo e a alegria para deixar o ambiente mais agradável (ALMEIDA et al., 2017).

Neste contexto, **C6** utiliza expressões artísticas, a exemplo do cantar e dançar, como uma estratégia para amenizar a angústia e a insatisfação:

Eu gosto muito de cantar. É no momento que eu estou cuidando, eu sempre estou cantando e danço. [...]. Às vezes, elas estão nervosas e gostam muito de xingar [...]. Eu começo a cantar e começo a dançar e ela começa a sorrir. Então, ali já quebra aquele clima, isso funciona (**C6, mulher, solteira, católica, 40 anos, 1 anos como cuidadora formal**).

Oferecer cuidados a dimensão transpessoal significa validar quaisquer oportunidades de cuidado, tais como: o toque de mão, diálogos que expressam atenção com a existência, escuta atenciosa do histórico de vida, respeito às escolhas individuais, validar a prática religiosa e demonstrações de fé. Além disso, o cuidador pode utilizar os sons, palavras, e até mesmo o silêncio, como forma de expressão de seus sentimentos. (WATSON, 2002a).

O sexto *Processes Caritas* pressupõe que o cuidador precisa utilizar de maneira criativa o seu “self”. O intermédio da arte, instinto e habilidades é uma como estratégia de solucionar os problemas no cuidado com a pessoa idosa (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Também pode ser compreendido como a vivência de troca de experiências sensoriais, com troca de energias positivas ou negativas com intenções curativas, estabelecer contato com positividade, oferecendo troca de subjetividades, estabelecer relações de caráter que o cuidar estabeleça uma relação de confiança mútua (WATSON, 2002b).

Outro momento em que o cuidador cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa está presente na doença, desesperança e desânimo pela vida, conforme depoimentos abaixo:

Tinha uma paciente que estava doente [...]. Quando eu cheguei no outro dia, tão sentido, peguei nela, rezei e disse assim: Oh, você vai ficar boa! Não se

preocupe não, vou rezar para você. (**C8, homem, solteiro, católico, 50 anos, 21 anos como cuidador formal**).

A senhora acredita em Deus? Ela disse: Eu acredito! Então, a senhora acredita que a bíblia fala que a alimentação da carne é a comida? E do lado espiritual é a palavra de Deus e os louvores? Se a senhora não comer, vai terminar adoecendo, vai terminar morrendo! Então, nós temos que comer! Que comendo, a gente se torna mais forte! E lendo a bíblia, a gente se torna mais forte ainda! A gente fica inabalável! (**C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal**).

[...]. Falo sobre religião, falo para ter fé em Deus, que Deus é maravilhoso! Que Deus não vai deixar isso acontecer com eles. Muitos falam quando estão tristes. Ah, eu quero morrer! Preferia morrer! Eu falo, não pode ser assim, não! Tenha fé em Deus! Deus é maravilhoso! (**C14, homem, solteiro, católico, 43 anos, 3 anos como cuidador formal**).

Os três depoimentos mostram diversos momentos que o cuidador utilizou a dimensão espiritual. **C8** fez uma oração quando a pessoa idosa estava com o quadro clínico instável. **C12** teve o embasamento religioso como estratégia de convencimento para que a idosa voltasse a se alimentar e **C14** destacou sobre manter a fé em Deus, quando há proximidade sobre as questões de finitude da vida.

O cuidado transpessoal coloca em prática a viabilidade de criar condições dignas, sem limitar a autonomia e liberdade do outro. Isso significa respeitar a dignidade humana da pessoa, sua subjetividade, escolhas e emoções. É o ir “além” daquilo que é previsto nas normas e regras estabelecidas como única forma de tratamento/cuidado com a situação (WATSON, 2002b).

A dimensão espiritual era excluída dos cuidados por valorização apenas dos cuidados técnicos e profissionais, entretanto, cuidar do outro traz à tona que o ser humano não é apenas um corpo, mas sim, um ser em potencial com histórico de vida, qualidades e características psicossociais, expectativas de vida e como se relaciona com o sagrado, divino. Neste sentido, a dimensão espiritual se apresenta como uma dinâmica com potencial de promover junto ao cuidador, o seu processo de autocura (WATSON, 2012b).

O décimo *Processes Caritas* é presente, quando **C12** relata sobre a existências de forças existências e espirituais pode ajudar a pessoa idosa. O mistério sobre a existência da vida é do campo filosófico, metafísico e fenomenológico, incompreensível para a ciência e antagônico para as normas e procedimentos convencionais (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

A TCT é considerada como uma prática de cuidado terapêutica porque aproxima pessoas com condições humanas de cuidar e cuidar-se mutuamente conforme a proximidade. Existe a necessidade de compreender que cuidar do outro deve ser baseado no *como* isso acontece e não

em *quê* acontece. Centrar o cuidado no *como* cria condições para o crescimento no campo espiritual dos seres envolvidos (WATSON, 2002b).

5.6 CATEGORIA 5: BENEFÍCIOS DO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA PARA O CUIDADOR

Quando o cuidador formal participa das atividades religiosas da pessoa idosa, ele vai também utilizar a dimensão espiritual do idoso para sustentar a sua fé. O cuidado a dimensão espiritual contribui tanto para o ser que cuida como para o ser que recebe o cuidado. Ao reconhecer os benefícios da sua proximidade com o sagrado, o cuidador cria estratégias de promoção pessoal e bem-estar na sua rotina de cuidados com a pessoa idosa, pois isso ameniza situações de desconforto, tais como tensão, conflito, reclamações constantes e o desgaste da rotina. Os depoimentos abaixo apresentam como isso ocorre:

Teve uma mesma que me ensinou a rezar o terço. Ela me ensinou a rezar o terço todinho! E aí eu passei para aqueles que gosta, eu vou ajudando também. Ajudo, fico com eles e eles começam a rezar e eu também com eles (**C3, mulher, casada, espírita, 32 anos, 7 anos como cuidadora formal**).

Quando eu levo eles para a igreja para missa, eu volto revigorada, então, para mim influencia sim (**C5, mulher, solteira, católica, 37 anos, 6 anos como cuidadora formal**).

É aprendi mesmo quando eu vim para cá, eu não era católica. Eu aprendi junto com ele. Até minha mãe, em casa, estranhou. “Você não é de ir para igreja”. A profissão me ajudou espiritualmente a buscar um bem-estar tanto para mim quanto para o idoso! E quem me ajudou foram os idosos (**C11, mulher, casada, católica, 39 anos, 1 ano e oito meses como cuidadora formal**).

Todos os depoimentos discorrem sobre como a dimensão espiritual da pessoa idosa trouxe contribuições para a dimensão espiritual do cuidador ao acompanhar as atividades religiosas. Demonstra que esses profissionais não oferecem o cuidado espiritual de maneira mecânica, pois são participantes desse cuidado. **C3** discorre que, ao aprender sobre rezar o terço, passou a ensinar para as outras idosas. **C5** sente uma paz de espírito quando os encaminha para a missa e **C11** corrobora ao constatar que foi o convívio com os idosos que oportunizou o contato com o seu Eu espiritual.

Jean Watson evidencia a TCT como uma relação de proximidades, correspondências entre subjetividades e aprendizados na dimensão humanística na relação entre cuidador e o receptor de cuidados. A dinâmica dessa relação apresenta mudanças de ações, ao expandir os cuidados de enfermagem às práticas de considerações de pessoa-para-pessoa. A administração

da dimensão espiritual do cuidador frente à pessoa idosa torna-se uma necessidade de ordem subjetiva, particular e necessária, visto que promove a receptividade, o conforto e mudanças positivas para ambos (WATSON, 2002b).

Cuidar do outro significa troca de energias para o momento do cuidado como forma de elevação espiritual. O que está presente no cuidado transpessoal não é apenas o cuidado com técnicas específicas, com protocolos profissionais do que fazer, mas sim, um processo de doação, ao se predispor em relação ao outro de maneira humanística, em que corpo e espírito comungam com o objetivo do bem-estar do outro (WATSON, 2002b).

O terceiro *Caritas Processes* evidencia quando o cuidador tem a sensibilidade de compreender que o campo fenomenológico e espiritual da pessoa idosa seja capaz de favorecer seu crescimento espiritual, significa permitir uma sintonia dos “*self*” de ambos (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Outro *Caritas* presente é o sétimo elemento, por abordar o processo de ensino e aprendizagem como possibilidade de cuidado. Quando existe uma troca de conhecimento, a prática do cuidado pode ser terapêutica porque aproxima pessoas com condições humanas de cuidar e cuidar-se mutuamente, conforme a proximidade e libertação de sentimentos, emoções e necessidades mútuas da busca de aprendizagem da própria natureza humana (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Contudo, mesmo compreendendo sobre os benefícios que tem ao cuidar da dimensão espiritual da pessoa idosa, alguns cuidadores afirmam que isso não interfere no seu cuidado. Tal afirmação advém no sentido que cuidar não significa limitar a pessoa nas escolhas de suas vontades, mas auxiliar na busca da autonomia como forma de respeito ao outro, juntamente com seu poder de exercer sua dimensão espiritual, como pode ser visto nos relatos seguintes:

Não, independente eu vou cuidar da pessoa independente de que religião ela for (C2, **mulher, solteira, católica, 44 anos, 5 anos como cuidadora formal**).

Não interfere nada. Eles são evangélicos, mas ele não mistura a religião não. Eles não ficam “Ah, você é católica ou você é evangélica. Não quero que você cuide de mim, não!” Eles não falam isso não (C4, **mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal**).

Porque eu sei que ele tem em quem acreditar! Eu sei que ele tem em quem confiar e em quem ter fé! Então, me ajuda! Já pensou se um paciente desse não tivesse fé, não acreditasse em Deus e eu falasse de Deus e ele piorasse a situação [...]. Mas pelo fato deles terem a religião deles, pelo fato deles terem a fé deles, isso me ajuda e muito!” Porque quando eu falo “Tenha fé! E ela dizer assim: “Eu creio em Deus! Eu acredito!” [...]. Muda todo o contexto!

(C12, homem, solteiro, evangélico, 45 anos, 20 anos como cuidador formal).

Os relatos trazem a observação que o respeitar a dignidade humana da pessoa sobre sua crença religiosa não é motivo de empecilho no seu processo de cuidado. **C2** apresenta que a religião da pessoa idosa não dificulta realizar suas funções e **C4** mostra que o idoso também não faz impedimento por causa de sua religião. Já **C12** acredita que a interferência é de uma maneira positiva, visto que cuidar de uma pessoa idosa que tem sua dimensão espiritual fortalecida irá trazer contribuições para realizar suas atividades e estimular o cuidado espiritual.

Essa prática proporciona a aprendizagem do conhecimento de si mesmo e entre ambos. Sendo assim, estabelece a moral do cuidador, cuja dignidade humana é preservada como experiência transpessoal. O significado de transpessoal diz respeito ao que vai além do individual, daquilo que ultrapassa os limites particulares de cada um (WATSON, 2002b).

Neste âmbito, o oitavo *Caritas Process* – Desenvolvimento de meio ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda mental, física, social e espiritual – comprova a necessidade do amparo e respeito, independente de escolhas particulares. Quando o cuidador tem consciência do poder de ação da dimensão espiritual, isso traz consigo o sentimento o de empatia (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

Para Watson (2007; 2002a), tanto o ser que cuida como o ser que recebe o cuidado têm suas histórias individuais, mas a partir do momento em que o cuidado é efetivado, há uma aproximação na relação através de um campo fenomenológico e subjetivo. A partir daí, cria-se a oportunidade de uma nova experiência na relação humana, visto que esse momento une pessoas diferentes que passam a conviver numa troca de sintonias positivas ou não.

Dessa forma, que os depoimentos abaixo refletem o reconhecimento que a pessoa idosa tem sobre o cuidador. Os benefícios do cuidado transpessoal refletem não somente para quem recebe o cuidado, como também, para quem transmite esse cuidado:

Eles ficam satisfeitos com o cuidado que a gente dá a eles! (Participante faz esse depoimento sorrindo) **(C4, mulher, casada, católica, 45 anos, 8 anos como cuidadora formal).**

Eles tentam ajudar a gente, porque eles ficam preocupados também com a gente. Então, passa aquele carinho para gente, que a gente aumenta o carinho para eles **(C7, mulher, solteira, evangélica, 36 anos, 6 meses como cuidadora formal).**

Às vezes ele te agradece, Deus te abençoe! Deus lhe dê saúde e paz! Deus te acompanhe! **(C18, mulher, solteira, evangélica, 47 anos, 5 anos como cuidadora formal).**

C4 relata que fica feliz quando a pessoa idosa fica grata pelo seu cuidado. **C7** apresenta que no momento do cuidado, a pessoa idosa tem a sensibilidade de valorizar a sua função demonstrando carinho e preocupação e **C18** aborda que o agradecimento ocorre com palavras de santificação e proteção.

Vivenciar o cuidado significa colocar em prática a plenitude da própria existência humana com respeito às escolhas, as necessidades e singularidades de cada um. É um processo de aprendizagem não só de quem se cuida, mas também do cuidador conhecer a si próprio a partir do contato com o outro, de tal maneira que exercite a reciprocidade de sentimentos como o amor e esperança, juntamente com altruísmo humano (WATSON, 2002b).

Conforme os depoimentos são perceptíveis que o processo de cuidado transpessoal é recíproco, visto que a pessoa idosa também cuida da dimensão espiritual do cuidador. Dessa forma, foram identificados os seguintes *Caritas Processes*: o primeiro, terceiro e quarto. O primeiro ocorre quando a pessoa idosa reconhece e valoriza a maneira como os cuidadores formais exercem a profissão, pois os mesmos demonstram satisfação e gratidão (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O terceiro é presente no momento em há uma preocupação e interesse com o cuidador, visto que, a pessoa idosa que fica sensível a isso e transmite o cuidado na dimensão espiritual, através de palavras e mensagem de cunho religiosos. Por fim, o quarto *Caritas Processes* se desenvolve a partir do relacionamento, confiança e a troca de experiência existentes entre ambos, visto que a pessoa idosa percebe a necessidade em ajudar e colaborar com o cuidador (WATSON, 2002a, 2002b, 2007).

O cuidado transpessoal se configura como o cuidado que traz à tona a relação entre as possibilidades de liberdade de sentimentos de amor, esperança, altruísmo, da relação entre pessoas de forma humana, não como relação profissional e paternalista, mas com a união de singularidades da própria existência humana (WATSON, 2002b).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao envelhecer, cada indivíduo traz consigo experiências, processos de aceitação e expectativas com esta etapa da vida. Dessa forma, a pessoa idosa necessita de atenção no atendimento ao cuidado espiritual. O estudo revelou que os cuidadores formais cuidam da dimensão espiritual da pessoa idosa priorizando um cuidado voltado para a manutenção de

práticas religiosas, contextualizando com os dez *Caritas Processes* da Teoria do Cuidado Transpessoal.

Dentre as categorias que emergiram, na primeira os cuidadores priorizam nas suas atividades de rotina o cuidado direcionado para as necessidades básicas, como alimentação e higiene. Além disso, destacam-se também outras ações voltadas para a segurança do paciente. Contudo, sentimentos de afeto, amor, atenção e zelo estão presentes na dinâmica dos cuidados com o intuito de garantir conforto e bem-estar a pessoa idosa.

A segunda categoria identificou que a dimensão espiritual da pessoa idosa é percebida pelos cuidadores conforme a demonstração de sua religiosidade, segundo as normas e doutrinas de sua crença. O cuidador incentiva e estimula a pessoa idosa na manutenção da rotina, assiduidade e vínculo com as suas atividades religiosas, por acreditar que o fortalecimento da dimensão espiritual vai ajudar à pessoa idosa a dar continuidade a sua rotina de vida de maneira assertiva.

A religiosidade configura-se como um benefício particular e subjetivo para o idoso, visto que, ao acreditar na presença de Deus e do sagrado, ele vai sentir-se seguro e tranquilo para as adversidades que repercutem nos aspectos físicos, mentais e espirituais. As perspectivas positivas em relação à continuidade da vida mostram uma compreensão positiva em relação à doença, perdas, distanciamento do convívio familiar e reflexões a respeito da finitude da vida.

O cuidador revela na terceira categoria que é preciso manter sua dimensão espiritual, visto que sem a presença de Deus ou do sagrado não conseguiriam superar as adversidades da vida. O fortalecimento da sua fé traz para si o apoio necessário para a resolução de questões pessoais e da rotina do trabalho, visto que sua dimensão espiritual gera esperança, paciência e compaixão com o outro. Neste sentido, o momento de cuidar da pessoa idosa mobiliza forças internas que determinam mudanças de atitudes na relação com o próximo.

A quarta categoria refere sobre a importância e a valorização em compreender o significado da dimensão espiritual para a pessoa idosa. O cuidador valida essa necessidade como parte integrante, também, de seus cuidados, tão importante quanto os cuidados biológicos, promovendo uma melhor qualidade de vida. O cuidado transpessoal é fundamentado na perspectiva de que o cuidador deve permitir e potencializar que a pessoa idosa utilize sua dimensão espiritual para sua autocura e autorecuperação.

Por fim, a quinta categoria conclui que o cuidado a dimensão espiritual na perspectiva da TCT somente é efetivado quando os dois seres são beneficiados, pois na união entre dois seres distintos sempre haverá uma troca. Dessa forma, o cuidador foi também beneficiado com a dimensão espiritual da pessoa idosa.

Quando o cuidador identifica que a pessoa idosa apresenta necessidades espirituais, ele reconhece que a hospitalização é um ambiente desfavorável, adverso e intimidador e que somente favorece para a cura da doença. Dessa forma, o cuidador preocupa-se com a religiosidade da pessoa idosa, objetivando alcançar resultados satisfatórios no processo do cuidar.

Uma limitação apresentada pelo estudo foi por ter sido realizado somente em um hospital público filantrópico, visto que, não foi possível ampliar as discussões com outras instituições. Acredita-se também, que o fato da instituição do estudo ser vinculada ao catolicismo e, conseqüentemente a igreja católica, não foi possível evidenciar o cuidado a dimensão espiritual no contexto de outras religiões, contudo, apesar desse aspecto, o estudo evidenciou que os cuidadores que realizam o cuidado espiritual a pessoa idosa internada em Centro Geriátrico justificava sua prática, devido a unidade ter atividades religiosas.

Para a enfermagem, o estudo possibilitou reflexões sobre as ações desenvolvidas pelos cuidadores formais e sobre a inclusão do cuidado na dimensão espiritual durante sua rotina, visto que, esses profissionais estão sob a supervisão da enfermeira. Além disso, a participação da enfermagem nos cursos de formação e capacitação de cuidadores favorece o estudo da temática da religiosidade/espiritualidade como parte integrante do cuidado com a pessoa idosa.

O estudo concluiu que os cuidadores formais cuidam da dimensão espiritual da pessoa idosa e aponta que ainda é necessário ampliar evidências científicas nessa área, para potencializar ações educativas que estimulem mudanças na realidade do cuidado espiritual.

Uma estratégia para que o cuidado a dimensão espiritual seja incluído como parte integral do cuidado é promover discussões sobre essa temática na rotina dos cuidadores. Este estudo evidencia a importância do cuidado espiritual na formação do cuidador, visto que a grade curricular do curso tem como proposta educacional preparar para as necessidades físicas, principalmente no momento em que foi aprovada a regulamentação da profissão.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. N. **As necessidades espirituais no cuidado de enfermagem: um estudo à luz da teoria transpessoal de Jean Watson**. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 2015.
- ALMEIDA, C. A. P.L; SANTOS, L. B; CONCEIÇÃO, L. M; SILVA, N. M; CARVALHO, H. E. F; ROCHA, F. C.V; LAGO, E.C; LINO, M.M. A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 22, n. 1, p. 145-161, 2017.
- ALMEIDA, L. P. B. **Vivência do cuidador idoso no cuidado domiciliar a pessoa idosa**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. 99f.
- ALVAREZ, A. M; POLORO, S. H. I; GONCALVES, L. H. T. Cuidadores de idosos - Quem são? **Revista de Enfermagem de Santa Maria**. Editorial. Rio Grande do Sul, v. 5, n. 4, out/dez. 2015.
- ALVES, A. H.C; PATRÍCIO, A. C.F.A; ALBUQUERQUE, K. F; DUARTE, M. C.S; SANTOS, J.S; OLIVEIRA, M.S. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental-Online**, v. 8, n. 2, p. 4376-4386, 2016.
- AREOSA, S.V.C; HENZ, L.F; LAWISCH, D; AREOSA, R.C. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2013.
- ARRIEIRA, I. C. O, THOFEHRN, M. B; MILBRATH, V. M; SCHWONKE, C. R. G. B, CARDOSO, D. H. F; CARRICONDE, J. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan. 2017.
- BARBOSA, L.M; NORONHA, K; SPYRIDES, M.H.C; ARAÚJO, C. A.D. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. **Revista Bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p. 391-414, maio/ago. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, M.P.P; ALMEIDA, M.H.M; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 879-885, dez. 2014.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano: compaixão pela terra. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BORGES, M. S; SANTOS, D. S. O campo de cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 12, n., jul. /set. 2013.

BRANDÃO, S.V; CRIPPA, A; SCHWANKE, C.H.A; CALTADO NETO, A. Direitos trabalhistas dos cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 20, n. 2. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. **Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. **Caderno de atenção domiciliar**. Volume 1, Brasília-DF, 2012.

_____. Senado Notícias. **CCJ aprova regulamentação da profissão de cuidador de idoso**. 2019. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/08/ccj-aprova-regulamentacao-da-profissao-de-cuidador-de-idoso> >. Acesso em: 30 jun. 2019.

CAIRES, E.S; LAENDER, P. A. A religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização em pacientes idosos. **UNITAS-Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões**, v. 4, n. 1, p. 146-155, jan. /jun. 2016.

CHAVES, L. J; GIL, C. A. concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12. 2015.

DINIZ, M. A. A; MELO, B. R.S; NERI, K. H; CASEMIRO, F. G; FIGUEIREDO, L. C; GAIOLI, C. C.L.O; GRATÃO, A. C.M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018.

EVANGELISTA, C. B; LOPES, M. E. L; COSTA. S. F. G; BATISTA, P. S. S; BATISTA, J. B.V; OLIVEIRA, A. M. M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 3, maio/jun. 2016.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, abr. 2012.

FERREIRA, M. E. M. M. **Ser cuidador**: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. [Dissertação]. Bragança - Novembro, 2012.

FORTUNA, T. M.; OLIVEIRA, R. G.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Importância da Espiritualidade para o Cuidador Familiar no Enfrentamento do Alzheimer. **Revista Saude.com**. Jequié, v. 12, n. 3. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. -. São Paulo: Atlas, 2014.

GUTZ, L; CAMARGO, B.V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, out. /dez. 2013.

HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma Abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. **Horizonte. Dossiê: Religião e Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, jan./mar. 2016.

IOUNE, T. M; VECINA, M. V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 2, p. 127-130, 2017.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê**. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 33, p. 2090-7966, 2012.

LABEGALINI, C. M. G.; NOGUEIRA, I. S.; MORETTI, A. Z. P.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 1, n.6, jan./abr. 2016.

LEITE, B. S.; CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L.; GURGEL, J. L.; LIMA. T. R.; QUEIROZ, R. S. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 4, jul./ago. 2016.

LISBOA, I. A. S. T; PEROSSO, J. T. O Processo Normal de Envelhecer. In: MANSO, M. E. G; BIFFI, E. C. A. **Geriatria: manual da LEPE- Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento**. São Paulo: Martinari, cap. 2, p. 19-27, 2015.

LOUREIRO, L. S. N; FERNANDES, M. G. M. Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental-Online**. v. 7, p. 145-154, dez. 2015.

LUCCHETTI, G; LUCCHETTI, A. L.G; BASSI, R. M; NASRI, F; NACIF, S. A. P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

LUONGO, J; DATINO, L.R. Cuidadores de Idosos. In: LUONGO, J. **Cuidando do idoso: O trabalho de cuidador**. São Paulo: Rideel, cap.17, p. 221-252, 2017.

MACHÍN, E. I. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. **Rev. Cuba Enferm.**, v. 31, n. 3, 2015.

MAIA, J. M; ROSA, C. R.A.A; SENA NETO, A. R; ALMEIDA, P. R. S; CAMPOS NETO, M.F; VIANA, A. I.S; NUNES, S.F. L; DIMITRE, F; SANTOS, R. P. Perfil dos cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência de Imperatriz – MA. **Revista Ciência em Extensão**. v. 14, n. 2, p. 43-54, 2018.

MATUK, C. F.; TEIXEIRA, C. C. O cuidador. In: MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A. **Geriatrics**: manual da LEPE- Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo: Martinari, cap. 11, p. 131-138, 2015.

MELO, C. F; SAMPAIO, I. S; SOUZA, D. L.A; PINTO, N. S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MENEZES, T. M. O. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 31, n. 2, e22522, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

NOVAIS, N. N. **O cuidar ao idoso longo no contexto das relações familiares**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. 143f.

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE. **Notícias**. 2011. Disponível em: <<https://www.irmadulce.org.br>>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. **Notícias**. 2013. Disponível em: <<https://www.irmadulce.org.br>>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. **Centro de Geriatria e Gerontologia**. 2018. Disponível em: <<https://www.irmadulce.org.br/portugues/saude/centro-e-unidade/centro-de-geriatria-e-gerontologia>>. Acesso em: 05 out. 2018.

OLIVEIRA, A. L. B. **Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa**. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - ESCOLA DE ENFERMAGEM – Salvador, 2015. 79f.

OLIVEIRA, A. L.B; MENEZES, T. M. O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 71, n. 2. p. 770-776, 2018.

OLIVEIRA, S. G; SARTOR, S. F; MORAIS, E. S; MAYA, N. F; GERVINI, C. M. B; MORALES, C. P. M. Espiritualidade, religiosidade e terminalidade: temas possíveis nas visitas domiciliares realizadas a cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem UFPI**. Piauí, v. 6, n. 2, abr./jun. 2017.

PICCOLI, T.; NUNES, S. F. L.; TRAMANTINA, P. C.; OLIVEIRA, R. J. T.; SANTOS, E. K. A.; AMANTE, L. N. Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 20, n. 2, abr./jun. 2015.

QUEIROZ, P. J. P; FONSECA, E. P. A. M; MARIZ, M. A. D; CHAVES, M. R.C. F; CANTARINO, S. G. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 10, p. 85-94, jul./ago./set. 2016.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo tempo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 4, p. 761-787, jul./ago. 2017.

RIBEIRO, B. F.; SILVA, L. M. Aspectos sociais e psicológico do envelhecimento. In: LUONGO, J. **Cuidando do idoso: O trabalho de cuidador**. São Paulo: Rideel, cap. 17, p. 117-146, 2017.

ROCHA, A. C. B. L.; CIOSAK, S. I. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 2, 2014.

ROCHA, Renata. C. N. P.; PEREIRA, E. R.; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; MEDEIRO, A. Y. B. B V; REFRANDE, S. M; REFRANDE, N. A. Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. **Rev. Bras. Enerm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2635-2642, 2018.

RODRIGUES, L. R; NADER, I. D; SILVA, A. T. M; SANTOS, D. M; ASSUNÇÃO, L. M; MOLINA, N. P. F. M. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 429-436, jul./ago. 2017.

SANCHEZ, M. A. As armadilhas da dependência: quem cuidará de nossos velhos e de seus cuidadores. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 117, 2016.

SANTOS, E. L; NAVARINE, T. C. R. R; COSTA, M. M. L. Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do ser. **Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 245, p. 2401-2403, 2018.

_____. O idoso e a espiritualidade: considerações para o cuidado holístico de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 244, p. 2342-2344, set. 2018.

SANTOS, N. C; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, dez. 2014.

SAVIEIRO, R. M; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, mar. 2016

SCHOSSLER, T.; CROSSETI, M. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 17, n. 2, abr./jun. 2008.

SCORTEGAGNA, H. M.; PICHLER, N. A.; FÁCCIO, L. F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3. 2018.

SILVA, I. L. S.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F.; RODRIGUES, M. P. Formação Profissional de cuidador de idosos atuantes em instituição de longa permanência. **Holos**. Rio Grande do Norte, ano. 31, v. 8, dez. 2015.

SILVA, J. V; DIAS, B. V. B. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). **REME Rev. Min. Enferm**, v. 21, e1912, 2017.

SILVA, M. P; FALCÃO, D. V. S. Cuidar de idosos numa ILPI na perspectiva de cuidadoras formais. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 111-131, 2014.

SOUZA, É. N; OLIVEIRA, N. A; LUCHESI, B. M; GRATÃO, A. C. M; ORLANDI, F. S; PAVARINI, S. C. I. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, Santa Catarina, v. 26, n. 3, e6780015, ago. 2017.

TAVARES, M. M; GOMES, A. M. T; BARBOSA, D. J; ROCHA, J. C.C; BERNARDES, M. M. R; THIENGO, P. C. S. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev. enferm**. UFPE, v. 12, n. 4, p. 1097-1102, abr. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo, Atlas, 2015.

VIEIRA, V. A. S; SANTOS, M. D. C; ALMEIDA, A. N, SOUZA, C. C; BERNARDES, M. F. V. G; MATA, L. R. F. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 8, e2599, 2018.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e os cosmos**. ed. 4. Petrópolis: Vozes, 2007.

WATSON, Jean. **Caring as the essence and science of nursing and health care**. Mundo Saúde. São Paulo. v. 33, n. 2, abr./jun. 2009.

_____. Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, 2007.

_____. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem**. Trad. João M. M. Enes. Loures: Lusociência; 2002a.

_____. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Trad. João M. M. Enes. Loures: Lusociência; 2002b.

_____. **Watson Caring Science Institute: Dr. Jean Watson**. EUA, 2018. Disponível em: <<https://www.watsoncaringscience.org>>. Acesso em: 04 fev 2018.

_____. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

APÊNDICE A – Ofício de Solicitação e Liberação de Campo**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****Ofício de Solicitação e Liberação de Campo**

Ofício S/N

Ao Assessor de Ensino e Pesquisa do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce/
Centro de Geriatria e Gerontologia Júlia Magalhães.

Eu, Lucivalda Barbosa Santos, pesquisadora responsável da pesquisa “O cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: Reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal”, solicito autorização para realizar a coleta de dados desse projeto de pesquisa. Esclarecemos que esses dados servirão como veículo de aproximação com os participantes da pesquisa e nos comprometemos a apresentar a V.S. o parecer de aprovação do CEP para dar início à coleta. Certa do entendimento por parte de V.S. agradeço desde já a presteza no seu atendimento.

Cordialmente,

Pesquisadora – Lucivalda Barbosa Santos

Orientadora –Tânia Maria de Oliva Menezes

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

O cuidador formal está com mais frequência assumindo a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa, visto a mudança da transição epidemiológica e da prevalência das doenças crônicas. Muitos cuidadores estão somente preparados para realizar no cuidado da pessoa idosa somente os cuidados básicos sobre a higiene e alimentação. Todavia, o cuidar da dimensão espiritual da pessoa idosa também deve ser considerado, pois contribui para um novo significado da vida e como suporte emocional diante das adversidades enfrentadas. A dimensão espiritual ocasiona sensação de bem-estar que repercutem diretamente na saúde física e mental do indivíduo e pode ser compreendida como uma busca do próprio entendimento do sentido da vida. Assim, eu, Lucivalda Barbosa Santos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia estou desenvolvendo projeto de dissertação de mestrado intitulado: **“O CUIDADOR FORMAL NO CUIDADO A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM CENTRO GERIATRICO: REFLEXÕES A PARTIR DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL”**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano. A pesquisa tem como objetivos: **Geral:** Analisar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada; **Específicos:** 1. Identificar o que o cuidador formal prioriza no cuidado a pessoa idosa; 2. Identificar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa; 3. Aprender os benefícios do cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa para o cuidador.

A pesquisa será desenvolvida com os cuidadores formais de idosos do Centro de Geriatria e Gerontologia Júlia Magalhães das Obras Sócias Irmã Dulce (OSID). Será realizado uma entrevista semiestruturada, após seleção dos participantes obedecendo os critérios de inclusão e exclusão. Os cuidadores serão entrevistados em um dia e horário que lhe seja mais conveniente e que já esteja em atendimento na unidade. Aproveito este momento para convidá-la (a) a participar, respondendo a entrevista que será gravada e posteriormente digitalizada.

Após o término ou durante a realização da entrevista, se a Sr^a. (o) desejar essa gravação e para ser fiel a sua fala e não perder dados importantes para a pesquisa, poderá ouvi-la e fazer qualquer alteração nas suas falas, se julgar necessário; garantiremos seu anonimato e privacidade nos dados coletados através de pseudônimos. Enquanto pesquisadora, informo que a Sr^a. (o) não terá qualquer tipo de despesa com esta participação e nem eu e nem os participantes receberão qualquer remuneração ou ressarcimento. Os riscos e/ou danos poderão estar diretamente relacionada ao desconforto gerado pela entrevista ao falar de sua vivência como cuidadora e como a religiosidade/espiritualidade colabora nesse processo. Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado de preferência em um ambiente reservado, para que não haja interrupções de pessoas estranhas. Caso se sinta desconfortável, podemos suspender ou encerrar a entrevista conforme a (o) senhora (o) se sinta melhor. Em qualquer etapa do estudo, poderá solicitar esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistir de participar a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer tipo de prejuízo ou penalização em relação aos serviços que o senhor utiliza. Quanto aos benefícios, este estudo pretende colaborar para a ampliação do conhecimento científico acerca da vivência do cuidador formal da pessoa idosa, no sentido de compreender o cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa. Os dados coletados poderão contribuir para a melhoria de vida dessa população e promover o desenvolvimento de futuras pesquisas nessa área. Outros esclarecimentos podem ser realizados por contato com a responsável por esse estudo, no endereço eletrônico e telefones citados abaixo, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que analisará os aspectos éticos da pesquisa para aprovação. Ressalta-se que toda documentação resultante da pesquisa, como as entrevistas e as cópias do TCLE serão guardadas por nós pesquisadoras durante cinco anos na sala do grupo de pesquisa. Após este período, os protocolos serão desprezados. Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas apenas para pesquisa e a divulgar os resultados através de artigos publicados em revistas científicas e congressos, buscando manter sua identificação sob sigilo e confidencialidade durante todo o processo de realização e divulgação da pesquisa. Caso a (o) Sr^a. (o) decida participar e se sinta suficientemente esclarecido, solicitamos rubricar todas as páginas e assinar o presente termo em duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora, que também vai rubricar e assinar esse documento.

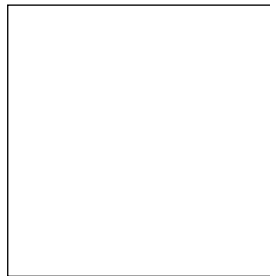
Pesquisadora – Lucivalda Barbosa Santos
E-mail: lbsvalda@bol.com.br Tel: (71) 99992– 8278

Orientadora –Tânia Maria de Oliva Menezes
E-mail: tomenezes50@gmail.com Tel. (71) 98880 – 9213

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Declaro que, ao ser convidada (o) para participar da pesquisa intitulada “O cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: Reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal” e ter sido informada sobre os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e de ter minhas perguntas respondidas, entendi que não terei despesas e não receberei qualquer tipo de pagamento por participar desta pesquisa e que poderei sair a qualquer momento que desistir de participar, sem que tenha prejuízos e que não sofri pressão ou coação e que, portanto, a minha participação é voluntária, e concordo em participar do presente protocolo de pesquisa.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo “O cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa internada em Centro Geriátrico: Reflexões a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal”, desenvolvido pela mestrandia Lucivalda Barbosa Santos, com a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Oliva Menezes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA.



Impressão Dactiloscópica

Salvador, ____ de _____ de 2018

Participante da pesquisa

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Pesquisadora Responsável: Lucivalda Barbosa Santos. **End:** Avenida Bahia, 2º travessa, nº 55, Fazenda Grande do Retiro. Salvador/Ba. CEP: 40.352.350. Tel: (71) 9 9992-8272. E-mail: lbsvalda@bol.com.br

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Depoimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro para Entrevista

Data: ___/___/___ Início: ___h Término ___h Nº da entrevista: _____

PARTE 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Iniciais: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino () Estado civil _____
3. Filhos: Sim () Quantos _____ Não ()
4. Raça/ Cor _____
5. Idade: _____
6. Escolaridade _____ Ocupação: _____
7. Renda: _____
8. Religião: _____
9. Comorbidades? Sim () Não () Quais? _____
10. Tem alguma atividade de lazer ? Sim () Qual _____ Não () Porque _____

PARTE 2: DADOS DO CUIDADOR COM A PESSOA IDOSA

1. Há quanto tempo encontra-se na profissão? _____
2. Onde realizou o curso? _____ Qual foi a duração? _____
3. Qual foi o principal motivo para escolher ser cuidador? _____
3. Participou de cursos, palestras ou eventos sobre a pessoa idosa? Sim () Não ().
4. Quais as principais atividades que realiza com a pessoa idosa? _____
5. Recebe apoio para realizar o cuidado? Sim () Não (). Caso afirmativo, quem ajuda?

PARTE 3: QUESTÕES NORTEADORAS

Questão de aproximação

1. O senhor (a) tem alguma religião/crença religiosa? Sim () Não (). Caso afirmativo, qual o significado que ela tem na vida do senhor (a)?
2. A pessoa idosa que o senhor (a) cuida tem alguma crença religiosa? Sim () Não (). Caso afirmativo, qual é a religião?
3. A pessoa idosa que você cuida tem prática ou atividade religiosa? Sim () Não (). Caso afirmativo, qual?

Questões de investigação

1. Que aspectos chamam atenção para a Sr^a (o) ao cuidar da pessoa idosa?
2. O que você prioriza quando vai cuidar da pessoa idosa?
3. Você acredita que a pessoa idosa que tem uma prática religiosa/espiritual interfere no seu cuidado espiritual? Sim () Não (). Caso afirmativo, comente.
4. Como a religiosidade/espiritualidade influencia no seu cuidado a pessoa idosa?



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro, como Assessor de Ensino e Pesquisa do Hospital Santo Antônio/Hospital-Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, meu apoio como instituição colaboradora ao projeto intitulado "O cuidador formal no cuidado a dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada: Reflexões sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal", coordenado por Lucivalda Barbosa Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profª Drª Tânia Maria de Oliva Menezes.

Eu, Terezinha Pacheco Ribeiro líder/gestora do Centro Geriátrico Julia Magalhães, estou ciente e de acordo. Concordo que os pacientes assistidos no Hospital Santo Antônio/Hospital-Obras Sociais Irmã Dulce possam também participar da pesquisa, desde que os mesmos concordem e venham assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Disponibilizo as instalações e equipamentos existentes neste hospital, para a coleta de dados necessários.

Salvador- BA, 19 de Outubro de 2018

Terezinha Pacheco Ribeiro
COREN-19897
Líder CGGJM
OSID

Assinatura do Líder da Unidade

Tânia Maria de Oliva Menezes
Assessor de Ensino e Pesquisa
COREN-19897

Assinatura do Assessor de Ensino e Pesquisa

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidador formal no cuidado da dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada: Reflexões sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal

Pesquisador: LUCIVALDA BARBOSA SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01602818.0.0000.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.094.135

Apresentação do Projeto:

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros influenciou para um cenário preocupante em relação à população idosa, por conta das dificuldades e limitações que surgem com o avançar da idade necessitando da presença de um cuidador. No geral, esse cuidador assume a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa colaborando nas suas necessidades, que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira. Contudo, o envelhecimento está envolvido em um contexto de mudanças e transformações a níveis emocionais e espirituais que afetam diretamente na vida do idoso. Diante disso, muitos cuidadores utilizam o apoio da dimensão espiritual, no momento do cuidado, para melhor administrar os problemas e conflitos vivenciados pelos idosos. O cuidado espiritual é compreendido, também, como uma estratégia de resiliência durante o enfrentamento da relação saúde-doença. Mesmo diante da relevância, ainda são pequenas as pesquisas que abordam o tema da dimensão espiritual na saúde.

Apresenta como objetivos: Geral: Analisar como o cuidador formal cuida da dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada; Específicos: 1.

Identificar o que o cuidador formal prioriza no cuidado a pessoa idosa hospitalizada; 2. Verificar se a pessoa idosa cuidada que tem uma prática

Endereço: Av. Bomfim 161

Bairro: Largo de Roma

CEP: 40.420-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 3.094.135

religiosa/espiritual interfere no cuidado espiritual do cuidador. O local para a realização da pesquisa será no Centro Geriátrico de um hospital público filantrópico na cidade de Salvador/Bahia. Os participantes serão os cuidadores formais da unidade, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na pesquisa. A coleta dos dados utilizará um roteiro de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados será pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. O embasamento teórico da pesquisa será fundamentado pela Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. A pesquisa iniciará após aprovação do comitê de ética em pesquisa, respeitando as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/16 em todas as etapas. A pesquisa contribuirá para uma atenção aos cuidadores da pessoa idosa sobre o processo de cuidar na dimensão espiritual. Além disso, o presente estudo apresenta a relevância da inserção da religiosidade/espiritualidade como uma estratégia necessária para o cuidado humano.

Objetivo da Pesquisa:

Sem comentários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem comentários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador realizou as devidas alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem comentários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR este projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Bomfim 161
Bairro: Largo de Roma CEP: 40.420-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3310-1335 Fax: (71)3310-1335 E-mail: cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 3.094.135

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243686.pdf | 24/11/2018 22:16:10 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_novo1.pdf | 24/11/2018 21:50:57 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 23/10/2018 09:50:47 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Cronograma | termo_cronograma.pdf | 22/10/2018 23:36:33 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.PDF | 22/10/2018 23:33:08 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Outros | Instrumento_coleta_dados.pdf | 22/10/2018 23:30:40 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Outros | Consentimento_pos_esclarecido.PDF | 22/10/2018 23:29:35 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhado.pdf | 22/10/2018 23:27:32 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Outros | Declaracao_de_concordancia.PDF | 22/10/2018 23:26:46 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Outros | declaracao_anuencia.pdf | 22/10/2018 23:23:58 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Outros | Solicitacao_do_campo.PDF | 22/10/2018 23:18:35 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Liberacao_cep.PDF | 22/10/2018 23:17:41 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Confidencialidade.PDF | 22/10/2018 23:17:13 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_Coparticipante.pdf | 22/10/2018 23:15:52 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Instituicao_proponente.PDF | 22/10/2018 23:12:55 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Compromisso_pesquisador.PDF | 22/10/2018 23:12:13 | LUCIVALDA BARBOSA SANTOS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Bomfim 161
 Bairro: Largo de Roma CEP: 40.420-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3310-1335 Fax: (71)3310-1335 E-mail: cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 3.094.135

SALVADOR, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
LAIANA BEHY SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Bomfim 161
Bairro: Largo de Roma CEP: 40.420-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3310-1335 Fax: (71)3310-1335 E-mail: cep@irmadulce.org.br