



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**CARLEANE MACEDO FERREIRA**

**CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM A  
PESSOAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SALVADOR – BA

2024

**CARLEANE MACEDO FERREIRA**

**CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM A  
PESSOAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Cuidado Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

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

Salvador - BA  
2024

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA-SIBI, pela Bibliotecária Maria de Fátima Martinelli CRB5/551, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F383 Ferreira, Carleane Macedo

Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem a pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva/Carleane Macedo Ferreira. – Salvador, 2024.

98 f.: il.

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

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2024.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Unidade de terapia intensiva. 2. Espiritualidade. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083:130.12

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**CARLEANE MACEDO FERREIRA**

### **CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM A PESSOAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Cuidado Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

**Aprovada em 26 de fevereiro de 2024**

#### **BANCA EXAMINADORA:**

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Tânia Maria de Oliva Menezes \_\_\_\_\_ *Tânia Maria de Oliva Menezes*

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Prof. Dr. Raul Fernando Guerrero Castañeda \_\_\_\_\_ 

Universidad Guanajuato

Dra. Adriana Valéria da Silva Freitas \_\_\_\_\_ *Adriana Valéria da Silva Freitas*

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Dra Raniele Araújo de Freitas \_\_\_\_\_ *Raniele Araújo de Freitas*

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Este trabalho é dedicado a todos os pacientes hospitalizados, com um enfoque especial naqueles em estado crítico, cujas jornadas de saúde demandam cuidados intensivos. Também, dedico a todos os profissionais de saúde, com destaque singular à equipe de enfermagem que escolheu se especializar na área da terapia intensiva, e apesar das adversidades e falta de reconhecimento merecido, persistem em oferecer uma assistência integral, de qualidade e humanizada, promovendo conforto, cuidado e apoio emocional aos pacientes.

## AGRADECIMENTOS

. **A Deus**, por ser meu sustento, refúgio e fortaleza, por ter me permitido ingressar na área acadêmica e, posteriormente, realizar a segunda especialização, todos em uma faculdade pública, me dando forças, entendimento e sabedoria para sair das instituições de ensino com os mesmos princípios que entrei.

. **À minha mãe** Nete, por ser a minha grande inspiração, por me apoiar, não medir esforços para me ajudar. Obrigada por ser essa mãe maravilhosa, por acreditar em mim e nunca duvidar da minha capacidade, pela preocupação, por abrir mão de muita coisa para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por cuidar de mim, por me amar, independente da distância. O mérito é todo seu! Te amo!

. **Ao meu pai** José Carlos, por seus conselhos e apoio, me animando e encorajando para chegar até o fim, e por demonstrar o seu orgulho por mim, mesmo com o seu jeitinho calado de ser.

. **À minha sobrinha** Melissa, que teve que aprender a conviver com a saudade ainda tão nova e aprendeu a compreender desde cedo que a distância às vezes é necessária, mas que o amor perdura eternamente!

. **À minha amiga e irmã**, Ramila, o presente que a primeira especialização na UFBA me deu, obrigada por me aturar nas minhas loucuras, impaciência e desatenção, me dando forças quando eu pensava que não chegaria até o fim, me “empurrando” em alguns momentos, quando estava desanimada para realizar a coleta de dados.

. **A todos os meus amigos**, os antigos e os que conquistei no decorrer desse caminho, compreendendo minha ausência e desistência de alguns compromissos e encontros, devido ao meu objetivo de concluir o mestrado.

. **A enfermeira e amiga**, Bárbara Moreira, por ter me incentivado e me ajudado a participar da seleção de mestrado quando eu só citava na hipótese não acreditando que passaria no processo seletivo. Seu incentivo foi fundamental para eu fortalecer a ideia e chegar até aqui. Obrigada por existir!

. **À instituição**, por conceder a infraestrutura e disponibilizar professores altamente capacitados para a contribuição do meu aprendizado.

. **À minha orientadora**, Professora Dra Tânia Menezes, pela paciência, preocupação e atenção que teve para comigo, transmitindo seu conhecimento e orientação à distância, de forma remota.

. **Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso - NESPI**, pelas discussões, aprendizados e troca de saberes, nos ensinando a sermos mais humanos e profissionais melhores.

. **Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da EUUFBA**, pelo conhecimento compartilhado.

. **Aos professores integrantes da banca examinadora**, por aceitarem carinhosamente o convite para avaliar, bem como agregar os seus sábios conhecimentos nesta dissertação.

. **A Unidade de Terapia Intensiva**, em especial, às enfermeiras e técnicas de enfermagem, que me acolheram e aceitaram a participar do estudo criando ideias e possibilidades juntas.

. **A todos** que, de alguma maneira, durante esse ciclo, contribuíram para a conclusão desse projeto e passagem pelo mestrado.

GRATIDÃO!

## **AGRADECIMENTOS**

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

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



FERREIRA, Carleane Macedo. **Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem a pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva. 98f.** Dissertação (Mestrado em enfermagem e Saúde) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2024. (Orientadora: Prof. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes).

## RESUMO

O cuidado espiritual desempenha um papel crucial na atenção humana de qualidade, envolvendo a conscientização espiritual necessária diante dos desafios de saúde e doença enfrentados em nosso cotidiano, assim como as necessidades espirituais que surgem nesse contexto. Este estudo tem como objetivo geral: Compreender como a equipe de enfermagem presta o cuidado espiritual a pessoas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva. É uma pesquisa de caráter descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Foi realizada em um Hospital de alta e média complexidade, localizado na capital da Bahia. Foram entrevistadas 27 participantes, sendo 8 enfermeiras e 19 técnicos de enfermagem, entre os meses de julho a novembro de 2023. A coleta dos depoimentos ocorreu no período de julho a novembro de 2023, por meio de oficinas. Os dados foram produzidos por meio da técnica do Grupo Focal, que permite a coleta de informações a partir de discussão grupal em torno de um tema ou foco específico. Os aspectos éticos foram observados. Os depoimentos foram analisados através da Análise Temática de Bardin, e discutidos a luz da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. Sendo apreendidas quatro categorias: 1. Compreensão sobre religiosidade e espiritualidade; 2. Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem intensivista a pacientes críticos; 3. Facilidades e dificuldades na prática do cuidado espiritual; 4. Estratégias para a prestação do cuidado espiritual na UTI. Conclui-se que para realizar um cuidado espiritual efetivo e de qualidade e estabelecer uma melhor relação equipe/paciente, é essencial ultrapassar as dificuldades que surgem ao prestar esse cuidado, sendo fundamental que a equipe de enfermagem se dedique em compreender e respeitar as escolhas e valores dos pacientes críticos, inserindo esse cuidado de forma leve e criativa de acordo com o perfil das UTIs e nível de orientação dos pacientes.

**Palavras-chaves:** Unidades de Terapia Intensiva; Espiritualidade; Cuidados de enfermagem

FERREIRA, Carleane Macedo. **Spiritual care provided by the nursing team to people hospitalized in the intensive care unit. 98f.** Dissertation (Master's degree in nursing and Health) Federal University of Bahia, School of Nursing, Salvador, 2024. (Adviser: Prof. Dr. Tânia Maria de Oliva Menezes).

### ABSTRAT

Spiritual care plays a crucial role in quality human care, involving the necessary spiritual awareness in the face of the health and illness challenges faced in our daily lives, as well as the spiritual needs that arise in this context. This study's general objective is to: Understand how the nursing team provides spiritual care to people hospitalized in the Intensive Care Unit. It is descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. It was carried out in a high and medium complexity hospital, located in the capital of Bahia. 27 participants were interviewed, 8 nurses and 19 nursing technicians, between the months of July and November 2023. The statements were collected between July and November 2023, through workshops. The data was produced using the Focus Group technique, which allows the collection of information from group discussion around a specific theme or focus. Ethical aspects were observed. The statements were analyzed using Bardin's Thematic Analysis, and discussed in light of Jean Watson's theory of transpersonal care. Four categories were learned: 1. Understanding of religiosity and spirituality; 2. Spiritual care provided by the intensive care nursing team to critical patients; 3. Facilities and difficulties in practicing spiritual care; 4. Strategies for providing spiritual care in the ICU. It is concluded that to provide effective and quality spiritual care and establish a better team/patient relationship, it is essential to overcome the difficulties that arise when providing this care, and it is essential that the nursing team dedicates itself to understanding and respecting the choices and values of critical patients, introducing this care in a light and creative way according to the profile of the ICUs and level of patient guidance.

**Keywords:** Intensive Care Units; Spirituality; Nursing care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 41 |
| <b>Figura 2</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 41 |
| <b>Figura 3</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 42 |
| <b>Figura 4</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 42 |
| <b>Figura 5</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 42 |
| <b>Figura 6</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 42 |
| <b>Figura 7</b> – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade ..... | 42 |
| <b>Figura 8</b> – Nuvem de palavras sobre estratégias.....              | 69 |
| <b>Figura 9</b> – Nuvem de palavras sobre estratégias.....              | 70 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AAA** Atividade Assistida por Animais

**AMIB** Associação Brasileira de Medicina Intensiva

**CEP** Comitê de Ética e Pesquisa

**CNS** Conselho Nacional de Saúde

**COVID-19** Doença do Coronavírus de 2019

**EC** Educação Continuada.

**EEUFBA** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**IOT** Intubação Orotraqueal

**NESPI** Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso

**R/E** Religiosidade/ Espiritualidade

**SARS-CoV-2** Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave

**SGPIT** Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica

**TAA** Terapia Assistida por Animais

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e esclarecido

**UFBA** Universidade Federal da Bahia

**UTI** Unidade de terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 19 |
| 2.1 CENÁRIO DA UTI.....   | 19 |
| 2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI .....   | 22 |
| 2.2.1 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO ESPIRITUAL NA UTI.....                                   | 24 |
| <b>3 BASE TEÓRICA DE ENFERMAGEM: CIÊNCIA DO CUIDADO COMO CIÊNCIA SAGRADA DE JEAN WATSON</b> ..... | 30 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | 34 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO .....  | 34 |
| 4.2 LOCUS .....   | 34 |
| 4.3 PARTICIPANTES .....   | 35 |
| 4.4 COLETA DE DEPOIMENTOS .....   | 35 |
| 4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL .....  | 36 |
| 4.6 PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS OFICINAS .....                                     | 36 |
| 4.6.1 <i>Primeira Oficina</i> .....   | 36 |
| 4.6.2 <i>Segunda Oficina</i> .....  | 37 |
| 4.6.3 <i>Terceira Oficina</i> .....   | 38 |
| 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....  | 38 |
| 4.8 ANÁLISE DE DEPOIMENTOS .....  | 40 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 41 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES .....  | 41 |
| CATEGORIA 1. COMPREENSÃO SOBRE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ..                                 | 42 |

|  |    |
|--|----|
| CATEGORIA 2. CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA A PACIENTES CRÍTICOS ..... | 48 |
| CATEGORIA 3. FACILIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA DO CUIDADO ESPIRITUAL .....                             | 56 |
| CATEGORIA 4. ESTRATÉGIAS PARA A PRESTAÇÃO DO CUIDADO ESPIRITUAL NA UTI.....                                | 64 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 72 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 75 |
| <b>APÊNDICE A – OFICINA EDUCATIVA 1</b> .....  | 85 |
| <b>APÊNDICE B - OFICINA EDUCATIVA 2</b> .....  | 87 |
| <b>APÊNDICE C - OFICINA EDUCATIVA 3</b> .....  | 89 |
| <b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....                                       | 90 |
| <b>APÊNDICE E – Carta Convite</b> .....  | 92 |
| <b>ANEXO A – Carta de Anuência</b> .....   | 93 |
| <b>ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....                              | 95 |

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como um setor exclusivo de realização da prestação de cuidados a pacientes em estado de saúde crítico, instáveis e com risco de morte, que necessitam de assistência à saúde especializada constante, sendo considerada uma área de alta complexidade, devido ao uso de aparatos técnicos científicos, materiais e tecnologias exclusivas, monitorização multiparamétrica ininterrupta, rotinas e procedimentos específicos, objetivando melhora do prognóstico inicial do paciente (FREIRE, *et. al.*, 2020).

O setor em questão é uma unidade que compõe equipamentos de tecnologia avançada e a assistência ao paciente grave abrange recursos específicos, exigindo que o cuidado da equipe multiprofissional seja eficaz, sendo fundamental o conhecimento, esforço, experiência e habilidades para usar os equipamentos disponíveis de acordo com a necessidade de cada paciente, para além das intervenções clínicas (OUCHI, *et. al.*, 2018; FREIRE, *et. al.*, 2020).

A internação nesse setor envolve diversos fatores que podem alterar o estado de saúde dos pacientes que vivenciam um processo contínuo de medo e desconforto, devido às suas próprias características como os ruídos constantes dos aparelhos e da equipe, os dispositivos em uso, o excesso de luminosidade, ambiente frio, isolamento social, restrição de visitas em horários curtos e específicos, quantidade de procedimentos invasivos frequentes e aparecimento de intercorrências (FREIRE, *et. al.*, 2020).

Nesse sentido, a internação na UTI é de fato um processo complexo e desafiador para os pacientes, não apenas devido à sua condição de saúde, mas também ao ambiente e à dinâmicas peculiares dessa unidade que podem impactar no estado emocional e psicológico dos pacientes.

A evolução e transformações históricas ajudaram nas atualizações, modificações de condutas e tratamentos, colaborando com o avanço de tecnologias para melhoria da qualidade do cuidado, tornando-se um ambiente de maior demanda tecnológica, no qual deve sempre haver o equilíbrio entre grandes tecnologias e a assistência (FERREIRA; SANTOS, 2020).

O cuidado intensivo é reconhecido pela distinção das equipes multidisciplinares, no cuidado ao paciente crítico, exigindo dos profissionais especialistas nessa área, cuidados mais

---

Em todo o estudo foi utilizado “enfermeira” devido maior número de profissionais desta categoria serem do gênero feminino.

intensos, no qual o papel da equipe de enfermagem é essencial no tratamento do doente (FARIA, *et. al.*, 2018).

Sendo assim, devido aos procedimentos invasivos, ambiente fechado, ausência da família e alta dependência de cuidados, os pacientes passam por sofrimento psicológico e físico, além da evolução do nível de consciência associado ao seu quadro clínico, dificultando a comunicação e relação enfermeiro-paciente (VALE; LIBERO, 2017).

Na UTI, cada paciente é avaliado individualmente, considerando suas necessidades específicas para garantir a estabilização e o apoio necessário, com o objetivo de promover uma recuperação eficiente e segura. O cuidado de enfermagem exige profissionais qualificados devido às particularidades do ambiente, onde qualquer descuido pode comprometer o estado de saúde do doente crítico (REISDORFER *et. al.*, 2018).

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem deve ser holístico e centrado no paciente, considerando-o como uma pessoa biopsicoespiritual e social, e não visto apenas pelos sintomas ou condição médica. A humanização no cuidado de saúde é crucial para garantir que os pacientes sejam tratados com dignidade, respeito e empatia. No entanto, esse cuidado atualmente tornou-se um desafio, devido ao avanço das tecnologias, deixando-se passar despercebido pela equipe que o paciente precisa ser entendido de maneira integralizada e não apenas pela sua patologia ou causa da internação (NASCIMENTO, 2021).

Os profissionais de enfermagem devem buscar uma compreensão completa do paciente, considerando não apenas sua condição médica, mas também suas necessidades emocionais, sociais e espirituais. Isso envolve conversar com o paciente, ouvir suas preocupações, respeitar suas opiniões e valores pessoais e atender às suas necessidades, isso envolve considerar a diversidade de crenças religiosas e espirituais e garantir que o paciente tenha acesso a apoio espiritual, se desejar.

Devido à rotina de grandes demandas vistas diariamente no setor, a preocupação da estabilização hemodinâmica, objetivando identificar a causa da piora do quadro clínico em busca da melhora fisiológica desses pacientes, traz como consequência a não realização de alguns cuidados não menos importante, como o cuidado espiritual.

Para a equipe de enfermagem, o cuidado espiritual desempenha um papel crucial na atenção humana de qualidade, envolvendo a conscientização espiritual necessária diante dos desafios de saúde e doença enfrentados em nosso cotidiano, assim como as necessidades espirituais que surgem nesse contexto. Essa consciência espiritual tem um impacto significativo nas decisões relacionadas à saúde, como diagnósticos, prognósticos e tratamentos dos pacientes. É fundamental compreender a importância desse cuidado e



conhecer as melhores formas de oferecê-lo, mesmo que isso possa gerar inseguranças. Assim, nossa abordagem ao oferecer cuidado espiritual deve ser profissional, priorizando o bem-estar dos pacientes. (ESCOBAR, et.al, 2019) .

Diante do exposto, a prestação do cuidado espiritual em pacientes críticos pode trazer benefícios à saúde e bem-estar, mostrando grande relevância na sua evolução, porém é importante que a equipe de enfermagem busque identificar as apreensões, inquietações e necessidades, para que esse cuidado seja realizado de maneira eficaz, no qual esse processo é iniciado através da relação equipe-paciente e o quanto os profissionais dão importância à temática, para que esse cuidado seja prestado (TAVARES, *et.al.*, 2020).

Sendo assim, é relevante entender a diferença entre religiosidade e espiritualidade, que compõe a dimensão espiritual. Para Koenig, 2012, a religiosidade é definida pelo envolvimento de crenças, práticas e rituais relacionados a um Poder Superior, no qual existem crenças específicas e regras sobre a conduta dentro de um grupo social, com comportamentos, símbolos, práticas, rituais e cerimônias características de cada religião, com a finalidade de facilitar a proximidade com o transcendente. Já a espiritualidade está ligada intimamente ao sobrenatural e místico, abrangendo a busca e a descoberta pelo transcendente, envolvendo uma mistura de pensamentos ao longo da vida.

No que diz respeito ao cuidado espiritual, o mesmo requer aproximação do profissional com o paciente, que independente do seu estado de saúde, não exista rejeição do sofrimento e/ou a morte, e sim, aprendizado das experiências vividas nesse processo de vulnerabilidade do outro, promovendo a saúde e acompanhando o processo saúde-doença de maneira qualificada, enxergando o paciente não apenas como uma pessoa que necessita de cuidados, mas como um ser humano que tem sentidos, crenças, valores, significados e histórias (GOMES & SANTO, 2013).

Diante do contexto, o cuidado espiritual é visto como uma integração na vida do paciente, expondo intervenções com o objetivo de promoção do bem-estar, fazendo com que o mesmo encontre um sentido para a vida durante a internação, proporcionando um maior controle emocional ao longo do enfrentamento da doença e sentimentos positivos, do mesmo modo em que proporciona ao profissional satisfação ao realizar esse cuidado, melhorando a relação enfermeiro-paciente (MIRANDA *et.al.*, 2019).

A religiosidade sempre esteve presente em minha vida, contribuindo para o meu desenvolvimento moral, emocional e espiritual. Com o passar do tempo, percebi que o meu modo de pensar e enfrentar as dificuldades me tornou uma pessoa com uma visão distinta nos ambientes de estudo e trabalho.

A motivação para pesquisar sobre a dimensão espiritual foi suscitada após observar a inexistência da abordagem do assunto durante o curso de graduação em enfermagem, e presenciar um paciente internado na UTI, enquanto componente da equipe de enfermagem e ainda como graduanda, no qual o mesmo pediu chorando para alguém rezar com ele e apenas uma enfermeira do setor o escutou e foi prestar o cuidado com os recursos que tinha, através de palavras, reza e escuta terapêutica, fazendo com que o paciente se acalmasse, acreditasse na equipe, melhorando assim, a relação enfermeiro-paciente. Tal situação me trouxe inquietação, e despertou o interesse sobre o cuidado espiritual, me conduzindo a realizar o trabalho de conclusão de curso.

A busca em base de dados realizada durante dois anos, no período de 2020-2022 sobre esse cuidado no ambiente hospitalar de unidade crítica e a experiência com a temática fortaleceram o interesse de permanecer nessa linha de pesquisa no trabalho de conclusão da residência, com abrangência aos enfermeiros intensivistas.

Através da prática assistencial como enfermeira, proporcionada pela especialização em terapia intensiva sob forma de residência, presenciei pacientes com grande estado de sofrimento emocional, psicológico e espiritual. Observei o aumento desse sofrimento com a presença da pandemia da COVID-19, no qual os pacientes sofriam com a tensão de estar internados na UTI, devido à contaminação do vírus SARS-CoV-2 e, associado ao cenário de superlotação, ainda havia o medo relacionado aos mitos sobre esse setor, de serem contaminados pela nova doença e não voltarem com vida para suas casas, de precisarem ser submetidos a procedimentos invasivos como a Intubação Orotraqueal (IOT) e ter que lidar com a ausência da visita familiar, onde ficou por longos períodos suspensas e os pacientes pensavam que a família tinha-os abandonado.

Nesse cenário, a equipe de enfermagem teve que se adaptar com todas as situações vividas diariamente, por vezes prestando o cuidado espiritual, sem saber que estavam oferecendo de maneira empírica, sem capacitação para tal, porém, tentando da melhor forma possível, diminuir o sofrimento espiritual dos pacientes.

Sendo assim, foi realizado o trabalho de conclusão de residência intitulado: O cuidado espiritual de enfermeiras a pacientes em UTI, que teve como um dos resultados a possibilidade de incluir na assistência de enfermagem em pacientes críticos, planejamentos que considerem o cuidado espiritual como algo que precisa ser notado, construindo protocolos para ser implementado na rotina, com a mesma relevância que é realizado os demais cuidados, desenvolvendo assim, conhecimentos e experiências nesta temática.

No decorrer dessa experiência e nesse contexto de pandemia, observei que alguns enfermeiros careciam de melhor preparo para prestar os cuidados de enfermagem na dimensão espiritual e estudar sobre as necessidades espirituais dos pacientes, para aprimorar a relevância desse cuidado.

Quando a equipe de enfermagem se depara com os pacientes críticos, observa-se que a grande maioria quando estão lúcidos e orientados, depositam a confiança na sua recuperação em algo transcendente, no qual essa fé os fortalece, ajudando-os a enfrentar as dificuldades vividas pela doença e pelo ambiente (FERREIRA; MENEZES, 2022).

Tendo em vista a importância do cuidado espiritual em pacientes críticos e considerando diversos fatores que possam interferir para a não realização desse cuidado, torna-se relevante realizar capacitações e trazer informações através de práticas educativas que levem a reflexão para os profissionais de enfermagem intensivista, com o intuito de aprimorar a percepção da equipe, aperfeiçoando o direcionamento e as estratégias assistenciais, contribuindo de maneira positiva para um melhor desempenho profissional no cuidado espiritual.

No mês de fevereiro de 2023 foi realizada uma busca, através do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de periódicos indexados nas bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) e BDEF (Base de Dados em Enfermagem), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e organizada da seguinte forma: (Unidades de Terapia Intensiva) AND (Espiritualidade) AND (Cuidados de Enfermagem), e o operador *booleano* “OR” para as variedades encontradas no MeSH.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos científicos disponíveis gratuitamente na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicações nos últimos 5 anos (entre 2018 e 2022), que abordassem a espiritualidade no cuidado de enfermagem em terapia intensiva, utilizando o cuidado espiritual como intervenção de enfermagem.

Foram excluídos os documentos, editoriais, cartas, manuais, resumos de congressos, artigos duplicados em mais de uma base de dados (contabilizando-se apenas um), que não estavam na íntegra, ou que não atendessem à questão de pesquisa, ao objetivo e aos descritores. A busca foi realizada pela pesquisadora no mês de fevereiro de 2023, sendo encontrados 140 artigos, após o cruzamento dos operadores *booleanos*.

Dentre os 140 artigos selecionados para leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 113 artigos que não estavam entre os critérios de inclusão e exclusão. Por conseguinte, a

obtenção dos resultados da busca, dos 27 artigos selecionados, foi realizada leitura na íntegra, com a intenção de identificar os que se adequavam ao objeto de estudo. Após a análise, foram selecionados 12 artigos.

Desses 12 artigos, nove abordaram o contexto da espiritualidade voltada para os pacientes, ao passo que um foi no contexto COVID, outro realizado pelos técnicos de enfermagem e outros três direcionados aos familiares.

Reconhecendo o empenho da equipe de enfermagem nesse setor e com o propósito de ampliar a compreensão sobre a importância do cuidado espiritual em pacientes críticos e, sobretudo, as possibilidades de intervenção na área, delimitou-se como **objeto de estudo:** Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem a pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva. **Como questão norteadora:** Como a equipe de enfermagem presta o cuidado espiritual a pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva?

Diante do exposto, o presente estudo tem como **objetivo geral:** Compreender como a equipe de enfermagem presta o cuidado espiritual a pessoas hospitalizadas na UTI. Tendo como **objetivos específicos:** 1. Compreender o entendimento da equipe de enfermagem sobre espiritualidade/religiosidade; 2. Descrever ações da equipe de enfermagem intensivista na prestação do cuidado espiritual; 3. Descrever as facilidades e dificuldades da equipe de enfermagem para prestar o cuidado espiritual na UTI; 4. Levantar, junto à equipe de enfermagem, estratégias para a prestação do cuidado espiritual na UTI.

A pesquisa contribuirá para ampliar os conhecimentos e melhoria da prática da equipe de enfermagem intensivista, ao evidenciar a importância do cuidado na dimensão espiritual e expansão deste cuidado para além dos aspectos biológicos na assistência de enfermagem, podendo ser discutida sua implementação, mudanças ou aperfeiçoamento nas UTIs dos hospitais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CENÁRIO DA UTI

A UTI surgiu da necessidade de prestar uma assistência à saúde de forma intensificada, através da capacitação dos profissionais e da engenharia médica tecnológica para o tratamento de pacientes críticos, no qual é um cenário que oferece suporte avançado de vida a pacientes hemodinamicamente instáveis, com chances de sobrevivência, composto por equipamentos de alta tecnologia, com profissionais capacitados, porém, associado a diversos fatores negativos, como falta de privacidade, distanciamento familiar, iluminação deficiente, ruídos e estressores inalteráveis, que são indispensáveis para a realização da assistência à saúde, como monitoramento contínuo e uso de dispositivos invasivos (CASTRO, *et.al*, 2019; MARTINS, *et. al*, 2021).

A UTI é um ambiente que tem como objetivo prestar cuidados intensivos ininterruptos e especializados, de acordo com o caso de cada paciente crítico. É um lugar de constante risco de morte, com grande número de procedimentos de alta complexidade e rotatividade de leitos, dependendo do perfil de cada unidade, exigindo da equipe multiprofissional a capacidade de prestar assistência de qualidade a pacientes graves e de saber lidar diariamente com o processo de morte (NASCIMENTO, *et. al.*, 2021).

Neste cenário, é essencial que identifique rapidamente o perfil clínico-epidemiológico de cada paciente, a fim de detectar e prevenir qualquer alteração que possa surgir. Além disso, é importante conhecer os fatores que afetam a condição de saúde de cada indivíduo. A maioria desses pacientes são idosos que enfrentam complicações clínicas. Outras características, como eventos ocorridos durante a internação, diagnóstico de admissão, sexo, idade, tempo de hospitalização e taxa de morbidade também podem levar à internação nesse setor. Essas informações ajudam os profissionais a desenvolver estratégias que promovam a saúde e minimizem problemas futuros para os pacientes, oferecendo uma assistência de qualidade (HAINOSZ *et. al.*, 2023).

É considerado um âmbito hospitalar mais hostil devido ao perfil do ambiente e a grande quantidade de aparato tecnológico, no qual exige da equipe multiprofissional habilidades e conhecimentos que os tornem capazes de lidar diariamente com o fim de vida, além da assistência voltada aos pacientes e demandas administrativas (GOMES, *et.al.*, 2020).

A Terapia Intensiva no Brasil tem como base a constante busca pelo conhecimento e a troca de experiências. Essa busca é impulsionada pelos encontros em eventos e programas científicos transmitidos para todo o país, que permitem reflexões e construções coletivas nas

UTIs. Nesse sentido, o Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), criada em 1992, desempenha um papel fundamental na representação nacional, promovendo palestras, conferências e atividades para a atualização constante dos seus associados. Esses profissionais buscam o aprimoramento científico e o desenvolvimento de suas competências profissionais (VIANA, *et. al.*, 2014).

Para garantir uma promoção eficaz da saúde dos pacientes críticos, é fundamental adotar estratégias personalizadas. Isso se deve ao fato de que esses indivíduos correm o risco de uma internação prolongada, com duração superior a 72 horas, o que pode comprometer sua autonomia e até mesmo resultar em prognósticos desfavoráveis, inclusive a morte. Por essa razão, é de grande relevância avaliar a previsão de morbimortalidade desses pacientes, identificando fatores como agravamento da internação, presença de microrganismos resistentes, uso de dispositivos invasivos, tempo prolongados de internação e administração de antibióticos, proporcionando um cuidado adequado e eficiente para esses indivíduos (HAINOSZ, *et. al.*, 2023).

O internamento nesse ambiente seja para monitorização hemodinâmica após uma cirurgia, pós-procedimento invasivo como cateterismo que precisa de um acompanhamento por vinte quatro horas, ou por instabilidade e piora clínica do quadro, causa no paciente a ansiedade frente à situação, podendo agravar e/ou intensificar seu quadro clínico, no qual esse é considerado um evento potencialmente estressor não apenas para os pacientes, mas também, para os familiares (ESPERANDIO, *et.al.*, 2017).

A UTI continua a ser um dos locais com maior índice de mortalidade nas instituições hospitalares em todo o mundo. Mesmo com o uso de tecnologias avançadas para o cuidado dos pacientes críticos, esses indivíduos ainda enfrentam longas internações e procedimentos invasivos, o que aumenta os riscos e complicações (KEEGAN e SOARES, 2016).

De maneira ampla e abrangente, a hospitalização desperta uma gama de emoções permeada por inquietações e uma ânsia pela conquista da cura e restauração da saúde, com o objetivo de evitar qualquer tipo de dor ou eventual complicação (ROCHA, 2017).

Esse cenário de cuidados intensivos é conhecido pela população como local de último recurso terapêutico ou fim de vida, gerando sentimentos negativos aos pacientes e familiares, como tensão, medo e incerteza, desencadeando estresse não só a eles, mas também, a equipe de enfermagem, exigindo desses profissionais, habilidades no cuidar, bem como na aplicação de conhecimentos científicos (SANTOS, *et.al*, 2016; GOMES, *et.al.*, 2020).

Nessa unidade, é visto com frequência o cenário mais temido pelo ser humano: a dor, o sofrimento e a morte, em associação com o avanço tecnológico e científico na área

biológica e a dependência desses aparelhos nos pacientes críticos para os manterem vivos, na maioria das vezes, de uma maneira sofrida e dolorosa (BARBOSA, *et.al.*, 2020).

Um estudo recente indica que as UTIs devem ser ambientes que proporcionem conforto e humanização para o paciente no processo de cuidar, como adaptações físicas, no qual o paciente tenha direito de no mínimo vê a luz do dia, possibilidade de visitas prolongadas, apoio espiritual e acolhimento de pacientes e familiares com critérios de qualidade assistencial na abordagem ao paciente crítico, associando os fatores estruturais e a assistência da equipe de saúde (MARTINS, *et. al.*, 2021).

É uma unidade composta por tecnologias duras, que consequentemente em algum momento pode ocorrer práticas de desumanização na assistência, no qual estão associadas com o convívio humano e o alto desenvolvimento tecnológico, entre os dados obtidos através dos aparelhos médicos e os procedimentos, prejudicando na relação enfermeiro paciente, enxergando-o apenas através da sua doença e não como um ser humano que precisa de cuidados, havendo assim, preocupações com a assistência de enfermagem humanizada dentro desses setores, devido à impossibilidade de comunicação direta. (NASCIMENTO, *et.al.*, 2021).

Nesse setor, a assistência é realizada individualmente, baseada no conhecimento técnico científico da equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades da pessoa adoecida, através de aparelhos tecnológicos específicos que contribuem com uma assistência de qualidade para a melhora clínica do paciente. Isso leva à reflexão sobre como a assistência desses profissionais é conduzida a partir do uso dessas tecnologias (SANCHES, *et. al.*, 2016).

A UTI é uma unidade complexa que requer a integração de diversos profissionais da área da saúde para proporcionar um cuidado tanto aos pacientes quanto aos familiares, pois estes não podem ficar no setor em tempo integral, devido à gravidade da pessoa doente (CASTRO, *et.al.*, 2019).

Entretanto, existem fragilidades estruturais que contribuem para o déficit do cuidado no que diz respeito ao quantitativo e a qualificação profissional, além de vulnerabilidades devido à característica da unidade, podendo afetar diretamente na assistência prestada ao paciente, em que o subdimensionamento pode levar ao aumento do número de ocorrência de eventos adversos durante a assistência à saúde, devido à sobrecarga e ambiente insalubre às quais a equipe de saúde está exposta (MARTINS, *et.al.*, 2022).

Diante do exposto, enfatiza-se que a UTI desempenha um papel fundamental na recuperação de pacientes graves, e é crucial que sejam tomadas medidas para garantir que a

estrutura e a equipe sejam adequadas para fornecer cuidados seguros e de alta qualidade, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde envolvidos.

## 2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI

Algumas patologias envolvendo os órgãos nobres levam as pessoas a necessitarem de cuidados intensivos, no entanto, uma grande parte destes tem necessidades humanas complexas e evoluem a óbito, que leva a certo nível de sofrimento psicológico, físico, social e espiritual, não só para o paciente, mas também para a família e equipe de enfermagem, no qual demanda recursos humanos qualificados e infraestrutura de alta complexidade, para que a assistência seja dada de maneira integral e com qualidade, não só aos que estão internados sob os cuidados da equipe multiprofissional, mas também, aos seus familiares (SUÁREZ; HOLGUÍN, 2021).

No que diz respeito a atribuições da equipe de enfermagem na UTI, a enfermeira tem a função de prestar a assistência direta e indireta ao paciente e na gestão de equipes, integrando a equipe multidisciplinar em busca de promover uma assistência de qualidade seguindo a ética profissional, além de liderar, administrar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação e promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde. Já o técnico de enfermagem tem a função de exercer atividades assistenciais de enfermagem sob a supervisão e orientação direta da enfermeira, integrando a equipe multidisciplinar para a promoção de uma assistência de qualidade seguindo a ética profissional, otimizando os recursos disponíveis (SILVA *et. al.*, 2021).

Para aperfeiçoar o cuidado de enfermagem na UTI, é imprescindível que os profissionais apliquem ferramentas gerenciais, como a escala de Fugulin. Essa ferramenta permite avaliar a dependência dos pacientes, classificando-os em diferentes categorias de acordo com a complexidade do cuidado necessário. Através dessa pontuação, é possível estabelecer a prioridade clínica do atendimento, garantindo uma assistência eficiente e personalizada. Os enfermeiros, portanto, devem fazer uso dessa abordagem profissional para planejar e executar o cuidado na UTI (HAINOSZ, *et. al.*, 2023).

A complexidade desse cuidado exige da equipe de enfermagem, constante conhecimento técnico científico para prestar uma assistência de qualidade, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Infelizmente, apesar das atualizações constantes e dos diversos estudos realizados, a formação profissional ainda se baseia, em grande parte, no modelo biomédico. Isso significa que o foco está mais na doença em si do que na pessoa que está doente. E esse pensamento contribui para a formação de profissionais de saúde que não



levam em consideração os aspectos psicológicos e físicos dos pacientes. (SANCHES, *et al.*, 2016).

Porém, é necessário romper com essa visão limitada. É preciso que os profissionais de enfermagem compreendam que o cuidado vai muito além do tratamento clínico. O cuidado começa ao acolher o paciente, ao entender suas angústias e medos, ao deixá-lo confortável. É preciso estar presente, atento e disponível para ouvir, para fazer com que o paciente se sinta importante e amparado durante todo o processo de tratamento.

O cuidado intensivo tornou-se de certa forma contraditório, pois em algumas situações, é preciso provocar dor no paciente, para que esse possa se estabilizar e manter a vida, como exemplo dos procedimentos invasivos, evitando assim, o contato e interação enfermeira-paciente, restando apenas à opção de cuidar devido à sua condição clínica, tratando o paciente através da sua patologia e não como ser humano (OUCHI *et al.*, 2018).

As inúmeras técnicas e procedimentos para o desenvolvimento do cuidado demandam dessas profissionais conhecimentos técnico-científicos, potencializando a assistência prestada e maximizando processos efetivos de cuidado (MASSAROLI *et al.*, 2015). No entanto, a postura dessas profissionais é questionada devido às atitudes tecnicistas, consequentes às tecnologias e necessidades de ações imediatas características do setor. Todavia, as enfermeiras devem ter consciência de que a tecnologia deve ser aliada e não vilã, tornando o cuidado mais humanizado possível, devendo ter um senso crítico em relação ao instrumental tecnológico e supervisionando o trabalho de sua equipe, objetivando a melhora da assistência (OUCHI *et al.*, 2018).

Sendo assim, a enfermeira, dotada de conhecimento técnico científico deve valorizar as práticas éticas e bioéticas, respeitando o paciente nos seus princípios éticos e morais, seus valores, crenças, e a autonomia, devendo a dor e o sofrimento ser minimizados através de recursos disponíveis levando-se em consideração fatores que possam impactar a vida do paciente como as questões sociais, ambientais, psicológicas e espirituais (OUCHI, *et al.*, 2018).

Deste modo, a equipe de enfermagem deve considerar não apenas a resposta humana básica individual e melhora do quadro clínico, mas também, como os pacientes lidam com o estresse devido ao excesso de intervenções de enfermagem como administração de medicações, mudança de decúbito, troca de fralda, aferição de sinais vitais, entre outros, objetivando reduzir os fatores estressores e condições adversas, visando manter a saúde, adaptação e estabilidade do paciente (SUÁREZ & HOLGUÍN, 2021).

Nesse contexto, a assistência da equipe de enfermagem intensivista envolve diversas necessidades para qualificar os cuidados prestados aos pacientes críticos e seu familiar baseado na humanização, sendo necessário unir o conhecimento técnico-científico para prover uma assistência humanizada, considerando as pessoas de forma holística, em suas necessidades biopsicossociais, efetivando-se na perspectiva da clínica ampliada e da importância do cuidado (CASTRO, *et.al.*, 2019).

Portanto, é necessário uma mudança na formação profissional da equipe de enfermagem e reconhecer a importância do cuidado integral, que englobe não apenas o aspecto clínico, mas também o emocional para garantir uma assistência de qualidade e verdadeiramente humana aos pacientes da UTI.

Seguindo essa vertente, o conhecimento, relacionamento interpessoal, liderança, comunicação, planejamento e equilíbrio emocional fazem parte das competências do enfermeiro intensivista. Entretanto, executar papéis administrativos, pouca articulação com o cuidado e a prática rotineira do setor faz com que o profissional se torne mecanicista fundamentando-se nas competências do saber/fazer, não investindo em aprender a realizar uma escuta qualificada, expressão não verbal e acolhimento do paciente (CASTRO, *et.al.*, 2019).

### 2.2.1 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO ESPIRITUAL NA UTI

Quando o indivíduo é acometido por uma enfermidade, a mesma traz algumas consequências como alterações físicas, psicológicas, espirituais e sociais, que afetam os pacientes e seus familiares, no qual se deve realizar a escuta ativa como parte do cuidado de enfermagem, o apoio emocional e espiritual, que estão incluídos nesse cuidado, possibilitando tanto aos pacientes quanto aos seus familiares um apoio para enfrentar os desafios impostos pela doença (GOES & CROSSET, 2020).

No contexto histórico, a enfermagem possui uma relação com a religiosidade, devido ao seu surgimento de uma prática fundamentada na religião e nas organizações de caridade, sendo visto como uma pessoa escolhida para cuidar do outro, acreditando-se que essa ação era um ato de obediência a Deus. Sendo assim, o enfermeiro é conduzido a enxergar o valor e a importância da dimensão espiritual no cenário de sofrimento, buscando qual seria o verdadeiro significado desses acontecimentos não só para o paciente, mas também para os seus familiares (ANDRADE, *et.al.*, 2022).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu o princípio do Estado laico, o que significa que o campo religioso deve ser neutro e imparcial, sem qualquer forma de discriminação. Dessa forma, o Brasil não possui uma religião oficial e conta com a proteção constitucional para garantir a liberdade de crença, adesão religiosa, realização de cultos e expressão de suas manifestações. Essa proteção impede qualquer interferência do poder religioso, facilitando a convivência de cada indivíduo com sua fé e com a sociedade.

De acordo com o Código de Ética de enfermagem (2022), entre os princípios fundamentais da profissão, o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício, o que entre outros, está incluído a crença religiosa, e a cultura. Já no que diz respeito a pacientes diagnosticados com doenças graves e terminais com risco iminente de morte, deve-se oferecer, juntamente com a equipe multiprofissional todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

A equipe de enfermagem tem o compromisso de serem profissionais éticos e engajados em oferecer o melhor cuidado possível a cada paciente, reconhecendo sua individualidade e suas necessidades específicas. Sabe-se que cada pessoa é única e merece ser tratada com respeito, valorizando sua humanidade acima de tudo (CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM, 2022).

Frente aos dilemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde no campo prático como discriminação, marginalização e segregação social em relação aos pacientes, há a necessidade de um posicionamento por vezes espiritual, de uma qualificação e capacitação no que se diz respeito a essa temática, no qual necessita que os profissionais de enfermagem tenham consciência da sua identidade, enxergando o paciente como um ser humano com as suas necessidades básicas prejudicadas, priorizando nesse momento o respeito e a atenção na realização da sua assistência (SOUZA, et.al., 2019, ROCHA, 2017).

Para muitas pessoas a espiritualidade está associada à religião (CORDERO, *et.al.*, 2022). Quando os profissionais se preocupam apenas com a assistência biomédica, criam barreiras que contribuiriam no cuidado integral do paciente crítico, não sendo abordados desse modo, assuntos relacionados à religiosidade, tornando a assistência falha, não atendendo as necessidades dos pacientes em todas as suas dimensões (JESUS, 2020).

Para saber como realizar esse cuidado, primeiramente é necessário compreender e diferenciar os conceitos de espiritualidade e religiosidade. Wright (2017) define a espiritualidade como a comunicação à dimensão interna do indivíduo em busca de significado e sentido à própria existência, propósito, conexão com o sagrado e transcendente, realização

através de relacionamentos e experiências vividas, enquanto a religião é um sistema organizado de crenças associado à fé, no qual são realizados rituais e outras práticas, centrado em um poder superior e transcendente.

A espiritualidade é um termo amplo, com significado muitas vezes associado à religiosidade. A palavra espiritualidade é derivada do latim “spiritus” que tem como significado o sopro, vento ou respiração. Está ligada à subjetividade humana na busca do significado, sentido para tudo na vida, que pode ou não estar associada à religiosidade (VOLPATO, *et. al.* 2020).

Já no que diz respeito aos conceitos dos cuidados, o cuidado religioso é prestado através da crença religiosa na qual o indivíduo pertence, respeitando os valores, estilo de vida, promovendo ações como oração, prece, cântico ou permissão da entrada de um líder religioso, enquanto o cuidado espiritual é realizado a partir do relacionamento individual e centrado na pessoa, nos seus ideais e no que ele acredita, não fazendo suposições sobre convicções pessoais ou orientações de vida. Sendo assim, o cuidado espiritual não necessariamente envolve a religião, entretanto, no cuidado religioso o ideal é que sempre deve estar ligado com o espiritual (NIXON, *et.al.*, 2013).

O atendimento às necessidades espirituais é um componente vital do cuidado de enfermagem e tem um impacto significativo nos resultados dos pacientes. Reconhece-se que o cuidado espiritual abrange diversas facetas e deve ser abordado de forma holística, juntamente com as necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental nesse aspecto, oferecendo um cuidado profissional e abrangente (SANTOS *et.al.*, 2021).

A religião e a espiritualidade, apesar de distintas, exercem um papel fundamental na preservação da saúde mental de indivíduos gravemente doentes. Elas não se limitam apenas à consideração da patologia, mas abrangem o indivíduo como um todo, envolvendo a mente, o corpo e o espírito. São recursos psicossociais de grande relevância nesse contexto. (MOREIRA, *et.al.*, 2021).

A dimensão espiritual é discutida a partir de dois aspectos: a percepção da espiritualidade e a concepção sobre Educação Continuada (EC). Dentro dos conceitos estruturais, destaca-se a importância da espiritualidade e da EC no trabalho da enfermagem. Em relação à espiritualidade, os estudos descrevem-na como uma experiência universal que abrange a essência e a existência do ser. Ela pode ser considerada como uma filosofia que dá sentido à vida, não se restringindo a uma doutrina religiosa. A espiritualidade é inerente à

pessoa e, por vezes, influencia seus pensamentos e sentimentos (TLHOWE et.al., 2017; TSE et.al., 2016).

Sendo assim, os pacientes críticos estão em um grande estado de fragilidade física, psicossocial e espiritual devido a sua história clínica, no qual a abordagem da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) pode apresentar uma resposta positiva a esses indivíduos, contribuindo com o bem-estar pessoal e redução de morbimortalidade (LONGUINIÈRE, *et. al.*, 2017).

O sofrimento espiritual pode estar presente durante o internamento hospitalar, devido aos recursos utilizados que compõem a integralidade do cuidado, como uso de aparatos tecnológicos, procedimentos invasivos, entre outros meios utilizados para a recuperação e manutenção da saúde. Entretanto, existe um grande desafio em equilibrar o uso das tecnologias com a humanização dentro de uma UTI. Todavia, essa necessidade de monitorização ininterrupta não deve justificar esse desequilíbrio (SANTOS *et.al.*, 2021).

Ao descrever sobre a prontidão do bem-estar espiritual, a NANDA-I define o paciente como aquele que possui um exemplo de inserção de concepções, sentidos, essências e representações. Por meio de conexões, consegue com os outros, com o mundo e/ou um poder divino que pode ser fortalecido através de vários métodos, buscando abranger um significado à vida.

Grande parte dos pacientes tem a dimensão espiritual e a religiosidade como influência na sua recuperação, no qual identificam a magnitude da abordagem desses aspectos na elaboração do seu plano terapêutico, contribuindo para uma relação profissional-paciente mais empática e humanizada (LONGUINIÈRE, *et.al.*, 2017). Nesse sentido, a enfermeira intensivista tem a melhor posição e maior disponibilidade para atender as necessidades espirituais desses perfis de pacientes, devido à proximidade constante beira-leito (NIXON, *et.al.*, 2013).

Uma pesquisa desenvolvida na UTI revelou que o tipo de cuidado prestado ao paciente e à sua família está profundamente ligado ao estado emocional dos profissionais de saúde. Descobriu-se que até mesmo os valores religiosos e éticos dos profissionais podem influenciar no processo de cuidar. Esse aspecto é especialmente significativo quando tratamos de pacientes gravemente doentes, especialmente quando há pessoas de diferentes crenças religiosas, pois proporciona uma compreensão multidimensional do ser humano (DEAL e GRASSLEY, 2012). Esta pesquisa nos mostra que o tom de voz e a atitude profissional são cruciais para a saúde emocional do paciente, contribuindo diretamente para seu bem-estar e recuperação.

Diante do exposto, a equipe de enfermagem intensivista tem o papel relevante para auxiliar o enfrentamento dos pacientes críticos em diferentes cenários, desenvolvendo uma função fundamental nesse processo, através da relação interpessoal, podendo melhorar a espiritualidade desses pacientes (BOTELHO, *et.al.*, 2019).

A comunicação é o principal meio de identificação das necessidades e sofrimento espiritual dos pacientes críticos, porém, para que a equipe de enfermagem esteja preparada para identificar tais necessidades, primeiramente precisa saber identificar as suas próprias necessidades, para posteriormente poder realizar o cuidado espiritual com o outro (VOLPATO *et.al.*, 2020).

Uma pesquisa recente destaca a relevância cada vez maior do cuidado espiritual na enfermagem contemporânea. Em um mundo em constante mudança, é essencial que a equipe desenvolva habilidades e competências nesta esfera desde a sua formação acadêmica e contínua, a fim de fornecer uma assistência de enfermagem de alta qualidade. Afinal, a espiritualidade desempenha um papel fundamental na saúde e no bem-estar dos pacientes, e é nossa responsabilidade garantir que esse aspecto seja tratado com o devido cuidado e atenção. (MAYHUA E RONDON, 2021).

Entretanto, a equipe se depara com obstáculos na prestação dos cuidados espirituais, resultantes dos modelos padronizados das instituições de saúde, que priorizam as necessidades físicas. Além disso, se enfrenta desafios como alta rotatividade de leitos, falta de tempo e receio de ferir a sensibilidade religiosa dos pacientes. Tudo isso ocorre, apesar da obrigação da equipe de enfermagem de compreender e incorporar as crenças e valores espirituais dos pacientes em seu plano de cuidados (GHAHRAMANIAN, *et.al.*, 2016).

Sendo assim, a equipe de enfermagem necessita estar capacitada e consciente de sua espiritualidade, para identificar e prover o cuidado espiritual de forma eficaz, pois diferente da estrutura física do corpo humano que pode ser vista, tocada e sentida, a espiritualidade se torna mais complexa, pois não possui uma realidade objetiva e concreta (ANDRADE, *et.al.*, 2022). Todavia, uma vez que a espiritualidade é caracterizada como uma dimensão relativa para o bem-estar holístico dos indivíduos é necessário que os enfermeiros reconheçam e respondam às necessidades espirituais dos pacientes críticos (NIXON, *et.al.*, 2013).

O cuidado espiritual inclui a identificação das necessidades espirituais e religiosas do paciente, a detecção de recursos e o cuidado adequado da equipe de enfermagem, fortalecendo a dimensão espiritual não só do paciente, mas também da família e dos próprios profissionais de saúde através da abordagem biopsicossocialespiritual. Entretanto, nem todos os profissionais de enfermagem possuem a experiência pessoal, os meios ou a sensibilidade

necessária para prestar esse cuidado na prática clínica em uma UTI (MAYHUA E RONDON, 2021).

Segundo Botelho *et. al.*, (2019), a equipe de enfermagem possui uma ampla gama de ações disponíveis para cuidar do aspecto espiritual dos pacientes, como tratar os pacientes com dignidade e respeito, monitorar sua dor, oferecer assistência humanizada em suas necessidades básicas e discutir o plano de cuidados de forma aberta e inclusiva. Além disso, as enfermeiras também oferecem apoio psicológico, abraçam a dimensão transcendente do divino, incentivam os pacientes a discutirem seus desafios espirituais e conversam sobre quaisquer recursos espirituais que possam ser úteis.

Todo esse cuidado espiritual deve ser documentado em prontuário, deixando registrada a diferença feita na assistência prestada. Com essa abordagem, garante que o aspecto espiritual da saúde seja tratado com o mesmo cuidado que qualquer outra necessidade do paciente crítico (BOTELHO *et. al.*, 2019). Ao se depararem com pacientes em situação de angústia e vulnerabilidade espiritual, a equipe de enfermagem adquire conhecimento sobre o cuidado espiritual por meio da experiência profissional, ressaltando a importância de aprimorar a EC sobre o tema (ESCOBAR *et.al.*, 2019).

Para que a equipe de enfermagem preste o cuidado espiritual adequado, é necessário que conheçam as necessidades biopsicoespirituais desses pacientes e que estejam preparados técnico e cientificamente para implementar intervenções, de acordo com os instrumentos existentes de processo de cuidado de enfermagem, com o objetivo de garantir o atendimento qualificado, compreendendo a efetividade da espiritualidade aos pacientes críticos, promovendo o bem-estar espiritual, físico, psicológico e social (MOREIRA, *et. al.*, 2021). Isso requer a capacidade de ouvir atentamente e observar as pistas que o paciente pode fornecer, mesmo que a comunicação verbal seja limitada.

Prestar cuidado espiritual em uma UTI, especialmente a pacientes em suporte ventilatório via IOT, requer empatia, paciência e a compreensão de que as necessidades espirituais são tão importantes quanto às necessidades físicas. É uma parte essencial do atendimento holístico e humanizado que promove o bem-estar integral dos pacientes (VOLPATO, *et.al.*, 2020).

O cuidado espiritual enfrenta desafios que estão intrinsecamente ligados à abordagem de treinamento. (SANDOVAL *et.al.*, 2020). Para aprimorar essa abordagem, é crucial adotar uma mentalidade profissional. Isso implica em reconhecer a importância do cuidado espiritual como parte integral dos cuidados de saúde, além de buscar o aprimoramento constante nessa área.

### **3 BASE TEÓRICA DE ENFERMAGEM: CIÊNCIA DO CUIDADO COMO CIÊNCIA SAGRADA DE JEAN WATSON**

As teorias de enfermagem são relevantes para a profissão, na qual oferecem uma estrutura que permite organizar o entendimento dos fenômenos na enfermagem. Essas teorias contribuem para descrever os padrões de cuidados, estabelecer a base para a implementação de intervenções e conduzem à geração de novos conhecimentos para serem aplicados na prática clínica (LIMA, et.al., 2023).

Sendo assim, a teoria do cuidado humano, elaborado por Jean Watson (1999, 2012), preconiza uma abordagem holística e integral na assistência à pessoa. Esta teoria enfatiza a importância de não se restringir apenas às necessidades físicas do indivíduo, mas também às espirituais e existenciais. Ao contrário dos cuidados biomédicos, a abordagem proposta por Watson direciona-se para uma compreensão mais ampla e abrangente do ser humano, considerando seus aspectos emocionais, espirituais e psicológicos para promover um cuidado integral e abrangente.

Nessa teoria, há uma estrutura que abrange a ciência do cuidado, incluindo a promoção da fé e esperança, consideradas como elementos essenciais nos processos de cuidados, sejam eles paliativos ou curativos. Watson destaca que, mesmo diante de um mal prognóstico, o enfermeiro, além dos cuidados estabelecidos, pode utilizar a fé e esperança para promover o bem-estar do paciente, considerando aquilo em que o indivíduo acredita (TALENTO, 2010).

O conceito de cuidado transpessoal definido por Jean Watson, concerne a uma interação enfermeiro-paciente, na qual ambos são influenciados um pelo outro, em que esta relação é construída com base nas histórias de vida individuais nos campos fenomenológicos de cada um, no momento em que o cuidado é estabelecido. Essa interação se torna um momento importante da história de vida de ambos, indo além do aspecto físico e adentrando um plano mais amplo e transcendente, buscando um entendimento e maior conexão entre os envolvidos (WATSON, 1999, 2012).

A autora defende que o modelo ideal para valorizar o cuidado exige do profissional um estímulo pessoal que o motive a oferecer assistência com amor e generosidade. Isso requer participação ativa, responsabilidade e dedicação, refletindo-se em resultados positivos para o ser humano. Essa perspectiva também se enquadra na satisfação em cuidar do próximo.



Sendo assim, foi elaborado pela enfermeira Jean Watson uma teoria chamada de Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, conhecido por muitos como teoria do cuidado transpessoal, na qual conscientiza e explica a importância da relação de enfermeiro-paciente. Trata-se de uma experiência que necessita do diálogo de ambos, deixando de ser uma ação mecanicista como conversar ou olhar para o paciente apenas na realização de algum procedimento ou busca pela cura ou tratamento das patologias e tornando uma ação mais humanista, como saber dialogar com o paciente, trocar experiências, partilharem histórias de vida, trajetórias e angústias tornando assim uma relação de proximidade e compreensão de ambos (TALENTO, 2000).

Watson (2008) explora as ideias que permeiam a ciência do cuidado e da ciência sagrada, aonde o cuidado e o amor são entidades cósmicas universais e enigmáticas, que compreendem uma energia psíquica essencial e abrangente. Em sua perspectiva, os profissionais de saúde desempenham papéis importantes não somente no âmbito social e científico, mas também no moral, contribuindo para a humanidade de maneira ampla, ressaltando a influência que o "cuidado ideal" dos enfermeiros pode ter no progresso humano.

Ela ainda destaca a relevância na sociedade contemporânea, de preservar os ideais de cuidado humano e de adotar uma ideologia centrada no cuidado, se tornando de extrema importância nos tempos atuais, devido ao crescimento tecnológico no âmbito da saúde para a melhoria de tratamentos e "técnicas de cura" que se torna negligenciada às considerações humanas (WATSON, 2008).

Portanto, para Watson, o cuidado representa o atributo mais importante que a enfermagem oferece à humanidade. Em seu ponto de vista, a doença pode ser tratada, mas persiste quando o cuidado à saúde não é plenamente alcançado. Dentro de seu sistema de valores humanísticos, há uma ênfase significativa na autonomia e na liberdade de escolha, destacando a importância do autoconhecimento e do controle pessoal tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem (TALENTO, 2000).

No entanto, para a realização desse cuidado é necessário estar atento aos sete pressupostos dessa teoria que são: 1) O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente; 2) o cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas; 3) o cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar; 4) as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora, mas como ela poderá tornar-se; 5) o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em um determinado momento; 6) o cuidado é mais *healthogenic* que a cura, e

7) a prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes (TALENTO, 2000).

A ciência do cuidado é, portanto, complementar à ciência da cura; e a prática de cuidados é essencial para a enfermagem. Dessa forma, a utilização dessa teoria como base científica para as ações dessa profissão pode promover o desenvolvimento pessoal para os pacientes, representado por um relacionamento mais relevante – um cuidado transpessoal (TALENTO, 2000).

Sendo assim, o cuidado transpessoal pode acontecer, quando o enfermeiro tem a sensibilidade de seguir os dez fatores de cuidado propostos por Watson (WATSON, 2008):

- 1) Prática do amor/amabilidade e equidade para Si e para o Outro;
- 2) Estar autenticamente presente; possibilitar, sustentar e honrar profundamente o sistema de crença e o mundo subjetivo do Outro/Si;
- 3) Cultivo de uma prática Espiritual própria e um “Self” transpessoal que vai para além do próprio Ego;
- 4) Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado;
- 5) Estar presente para apoiar a manifestação de sentimentos positivos e negativos como um meio de conexão profunda consigo e com Ser-para-o-Cuidado;
- 6) Uso Criativo do “Self” e de todos os outros conhecimentos reconhecidos como parte do processo do Cuidar para engajamento em um processo de recuperação de saúde por intermédio da arte;
- 7) Engajar-se verdadeiramente nas experiências de ensino-aprendizagem dentro do contexto do Cuidar – atender a outra pessoa integralmente e o sentido subjetivo da experiência;
- 8) Criação de um envolvimento saudável em todos os níveis, tanto físico como não-físico, consciencial e energeticamente refinado, pelo qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
- 9) Com reverencia e respeito, assistir as necessidades humanas básicas; Manter a intencionalidade consciencial do Cuidado ao tocar e lidar com o espírito encarnado do outro, honrando a unidade do Ser; Permitir a conexão espiritual; e
- 10) Abertura e atenção às dimensões espiritual, misteriosa, desconhecida e existencial inerentes à Vida-Morte-Sufrimento.

Para a autora, esses dez fatores de cuidado se enquadram como um paradigma filosófico e teórico conduzido a um conjunto de princípios de cuidado de enfermagem considerando assim a essência da enfermagem. Sendo essa, como corroboram Ferreira, *et.al.*, (2020), uma profissão que tem como principal finalidade o cuidado de outras pessoas, que possuem, também, necessidades físicas, psicológicas e espirituais, para que o cuidado espiritual de enfermagem ocorra de modo eficiente, é preciso que haja respeito às crenças e sensibilidade ao lidar com as questões espirituais do ser humano.

A Filosofia e Ciência do Cuidado, conforme descrita por Watson em 2008, estabelece explicitamente a relação intrínseca entre a enfermagem e o cuidado, no qual é amplamente utilizada no ensino e na prática da enfermagem em âmbito internacional, além de ser objeto de inúmeras pesquisas. Os estudos realizados com base nessa teoria apresentam indicadores notáveis sobre o seu valor para a enfermagem (MCEWEN e WILLS, 2016).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Minayo (2017) define pesquisa qualitativa quando o método é aplicado ao estudo da história, relações, crenças, conhecimentos e informações no que diz respeito como os humanos vivem, sentem e pensam, se adequando a investigações de grupos com foco específico, para análises com fundamento teórico, possibilitando a construção de novas abordagens, conceitos e categorias.

No que diz respeito a abordagem descritiva e exploratória, Minayo (2017) define como a exposição escrita desde o início de construção do projeto até as estratégias para entrada em campo.

### 4.2 LOCUS

O estudo foi realizado em um Complexo Hospitalar Universitário localizado no Nordeste do Brasil, que possui vínculo com a instituição de ensino. Tem perfil de alta e média complexidade, que atende criança/adulto/idoso na clínica médica e cirúrgica, sendo uma unidade hospitalar e ambulatorial de referência clínica, pública e de grande porte no estado e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo credenciado pelo Ministério da Saúde e da Educação. Possui 277 leitos ativos, entre esses estão inclusas três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis, denominadas como UTI1 e UTI2, que atendem pacientes adultos e idosos e a UTI pediátrica.

Em função de possuir um perfil diferenciado, não dispõe de unidade para atendimento de emergência. Tem como sua principal missão prestar assistência à saúde da população, formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade.

A pesquisa foi realizada nas duas UTI's adultas do hospital, que totalizam 20 leitos. No que se refere à descrição das UTI's, a UTI 1 atende a pacientes com o perfil clínico crônicos, já a UTI 2, tem um perfil clínico cirúrgicos, cardiológicos, neurocirúrgicos e pós-operatório de cirurgia limpas, com maior rotatividade de pacientes.

A equipe de saúde que atua em ambas as unidades é composta por profissionais em grande maioria especialistas em terapia intensiva, no que se diz respeito aos profissionais de nível superior e com larga experiência na área. No que se refere ao quantitativo da equipe de enfermagem, na UTI 1 atuam 16 enfermeiros e 31 auxiliares/técnicos de enfermagem,

enquanto na UTI 2 atuam 15 enfermeiros e 29 técnicos/auxiliares de enfermagem, totalizando 31 enfermeiros e 60 técnicos/auxiliares de enfermagem, de ambos os setores, com o total geral de 91 profissionais.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Participaram do estudo a equipe de enfermagem que atua nas duas UTIs, sendo 8 enfermeiras e 19 técnicos/auxiliares de enfermagem, totalizando 27 profissionais de enfermagem. É importante ressaltar que a seleção dos participantes não levou em consideração idade, raça, sexo ou religiosidade, sendo uma abordagem imparcial e inclusiva.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: Enfermeiras e/ou técnicas de enfermagem que tinham no mínimo seis meses de experiência, pois a partir desse tempo, o profissional já deve ter passado por alguma situação envolvendo a temática, que possa ajudar na pesquisa. Critério de exclusão: Enfermeiras e/ou técnicas de enfermagem que estavam de férias, ou afastadas no período da coleta de dados.

Do total da equipe de ambas as UTI's dos enfermeiros, sete estavam de férias, duas com afastamento médico e uma de licença capacitação durante o período da pesquisa, totalizando 10 enfermeiros ausentes. No que diz respeito aos técnicos/auxiliares de enfermagem, 10 estavam de férias e três com afastamento médico durante o período da pesquisa, totalizando 13 técnicos/auxiliares de enfermagem ausentes.

#### 4.4 COLETAS DE DEPOIMENTOS

A coleta dos depoimentos ocorreu no período de julho a novembro de 2023, por meio de oficinas. Para a coleta de depoimentos foram formados 5 grupos focais, cada um com uma média de 5 a 6 participantes, de acordo com a escala de trabalho de cada dia. Vale destacar que os grupos não necessariamente eram compostos pelas mesmas pessoas, mas sim seguindo a ordem estabelecida para cada etapa do estudo.

O grupo focal tem como objetivo possibilitar uma relação comum com o público escolhido para a pesquisa, no qual é possível coletar dados diretamente dos depoimentos de um grupo, onde os envolvidos relatam suas experiências e percepções, favorecendo a exploração de temas que necessitam interação efetiva com a população, permitindo compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e entender os comportamentos, atitudes e ações que possam influenciar na saúde e doença (BUSSANELO, *et. al.*, 2013).

Os depoimentos foram registrados por meio de gravações de áudio em smartphone, que foram posteriormente transcritas, sendo complementados pelas anotações da pesquisadora.

#### 4.5. OPERACIONALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Os dados foram produzidos por meio da técnica do Grupo Focal, que permite a coleta de informações a partir de discussão grupal em torno de um tema ou foco específico. O grupo focal é desenvolvido a partir de um ponto de vista através de debates com objetivos comuns, para que os participantes possam abordá-los trabalhando como uma equipe com a finalidade de mostrar aos participantes outras perspectivas sobre a temática para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo, através de discussão e trocas de experiências (BACKES, *et.al.*, 2011).

Os encontros foram mediados por um moderador (pesquisadora do estudo), que estimulou a reflexão do grupo a partir de questões norteadoras focadas no cuidado espiritual de pacientes críticos. Foram realizados três encontros com duração média de 80 minutos cada.

#### 4.6 PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS OFICINAS

Foram organizados encontros previamente acordados com os coordenadores das unidades selecionadas para o estudo. A equipe de enfermagem, escalada no dia da pesquisa, foi notificada com antecedência por meio de uma carta-convite, através de texto entregue aos participantes por meio dos grupos de WhatsApp por intermédio dos coordenadores. (APÊNDICE E),

As oficinas foram realizadas nas salas reservadas para visitantes de cada UTI, durante o horário de trabalho dos profissionais envolvidos, reversando entre eles os que continuariam na assistência, sem interferir no cuidado aos pacientes. Em cada grupo, as oficinas tiveram seu planejamento com disposição das cadeiras em círculo, acolhimento dos participantes, desenvolvimento da atividade central, com o compartilhamento de experiências e reflexões, e o fechamento da oficina destinado a esclarecimentos e agradecimentos no qual serão detalhados por sub tópicos a seguir:

##### 4.6.1 Primeira Oficina

No primeiro encontro, após apresentação da pesquisadora, do título e objeto de pesquisa antes de iniciar a oficina, foi aplicado um questionário on-line, no qual foi solicitado aos participantes utilizar os seus aparelhos celulares para responder através do link acessado pelo QR code, com o intuito de caracterizar o perfil pessoal e profissional dos sujeitos. O

instrumento incluiu questões objetivas (APÊNDICE A), totalizando nove, cujo tempo de preenchimento levou de 4-8 minutos. Esse formulário foi construído através da ferramenta Google Forms, disponibilizado pela pesquisadora. O Google Forms é um aplicativo para criação e gerenciamento de formulários com plataforma online, disponível gratuitamente na internet.

Após a conclusão do questionário, uma dinâmica foi promovida para quebrar o gelo. Uma caixa de chocolates foi disponibilizada e os participantes foram convidados a escolher seu favorito. Em seguida, foi solicitado que trocassem o chocolate escolhido com o colega ao lado. Essa atividade gerou risos, descontração e possibilidade de observar diferentes comportamentos e reações, levando à reflexão sobre as escolhas pessoais e sua relação com os cuidados de enfermagem, tanto para si quanto para os outros.

Após a dinâmica inicial e o preenchimento do formulário, os participantes foram convidados a expressar sua compreensão sobre religiosidade e espiritualidade. Foi fornecido papel, lápis de cor, canetas, tesoura e cola, permitindo aproximadamente 20 minutos para a expressão criativa. Posteriormente, compartilharam suas criações, alguns por meio de desenhos, outros com textos e frases, gerando um debate e troca de opiniões sobre o tema. Após esta discussão, foram sintetizados os conceitos abordados e anunciado que no próximo encontro seria explanado de uma maneira mais abrangente os conceitos, trazendo dados baseados em evidências. Em seguida, como forma de agradecimento pelo envolvimento dos participantes, foi ofertado lanche.

#### 4.6.2 *Segunda Oficina*

Essa etapa consistiu na prática educativa por meio de uma exposição dialogada, abordando os conceitos de espiritualidade, religiosidade, cuidado espiritual e religioso, destacando suas diferenciações. Durante a exposição, foi exibido um vídeo de curta-metragem com o tema central "A importância do cuidado espiritual no paciente crítico", o que gerou um momento reflexivo para os participantes, que expressaram suas opiniões e compartilharam experiências. Em seguida, foram apresentados dados estatísticos sobre a relevância desse cuidado e suas melhorias na saúde dos pacientes, em uma apresentação que durou 30 minutos.

Posteriormente, houve um espaço para debate com o grupo sobre a abordagem apresentada, levantando os seguintes questionamentos: Como você prestaria o cuidado espiritual aos pacientes críticos? Quais são as facilidades e dificuldades para prestar o cuidado espiritual? Alguns participantes responderam com base em suas experiências, no qual em

alguns grupos todos os participantes expressaram suas opiniões, enquanto em outros, alguns apenas concordaram com os colegas (APÊNDICE B).

Após a realização das atividades planejadas nessa etapa, foi informado o envio de um artigo sobre o cuidado espiritual para o e-mail de cada participante, para aprimorar o conhecimento sobre o que foi falado e ser usado de instrumento para o próximo encontro. Em seguida, foi oferecido um lanche para os participantes como forma de agradecimento.

#### 4.6.3 *Terceira oficina*

Após a realização das atividades aplicadas nas oficinas anteriores, foi debatido a proposta de como realizar o cuidado espiritual na UTI. Essa última etapa iniciou com o levantamento das seguintes questões: Como a equipe de enfermagem pode atuar no cuidado espiritual com pacientes críticos e quais estratégias poderiam ser utilizadas para melhorar o cuidado espiritual na UTI? (APÊNDICE C).

Após as respostas, a pesquisadora solicitou que os participantes pegassem seus smartphones e mirassem em um QR code, que direcionava para uma página de criação de nuvem de palavras, no qual colocaram palavras ou frases pequenas de até 25 caracteres para uma estratégia ativa para o cuidado espiritual. Em seguida, houve o coffee break e agradecimento a participação de todos, enfatizando a importância da contribuição dos mesmos nessa pesquisa.

## 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa está vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e seguiu as orientações da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, no qual traz como princípios éticos o reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa; respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos em todos os aspectos dos participantes das pesquisas, com recusa de todas as formas de preconceito; entre outros (BRASIL, 2016).

Para acesso a instituição foi encaminhado o ofício e projeto de pesquisa, através do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica (SGPIT), à Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos Adulto e à Divisão de Enfermagem, a fim de obter a carta de anuência, que foi assinada, concordando com o estudo para iniciar a coleta de dados na instituição (ANEXO A).



Em seguida o projeto foi submetido ao SGPIT, via site Rede Pesquisa da Ebserh/gov.com, no qual avaliou a viabilidade do projeto antes de análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital no período de maio de 2023. Após o termo de efetividade, o projeto foi submetido pela pesquisadora ao CEP do Hospital escolhido para a realização da pesquisa, via Plataforma Brasil, para análise, no qual a coleta dos depoimentos foi iniciada após a aprovação do CEP através do parecer nº 6.124.190 (ANEXO B).

Posteriormente, a coordenação das unidades selecionadas para a pesquisa foi informada, através de ofício e presença da pesquisadora, sobre o conteúdo da pesquisa. Foram apresentados e esclarecidos aos participantes do estudo os objetivos, métodos, benefícios previstos ou possíveis riscos da pesquisa e posteriormente solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE D), certificando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, no qual a coleta de dados ocorreu após concordância e assinatura das mesmas.

Durante a realização das oficinas, foi esclarecido que os depoimentos seriam gravados. O uso dessas informações estará restrito ao escopo da pesquisa, sendo que os resultados obtidos serão divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde, tanto nacionais quanto internacionais. O material coletado será arquivado na sala do NESPI, com acesso restrito às pesquisadoras do estudo, e após cinco anos será destruído.

Em qualquer momento durante as etapas da pesquisa, caso houvesse incômodo ou constrangimento, o participante poderia optar por não participar mais, sem causar impacto pessoal ou vínculo empregatício. Este estudo não acarretou riscos físicos, desconforto psicológico ou emocional para os participantes. Além disso, foi garantido o anonimato e sigilo dos dados. Se surgissem situações desconfortáveis, a coleta de dados seria suspensa, e o suporte emocional e psicológico seria oferecido pelo pesquisador. As participantes foram informadas de que não haveria qualquer compensação financeira para nenhuma das partes envolvidas.

O TCLE foi redigido em linguagem simples e clara e, disponibilizado via on-line através do QR code, que direcionava para uma página do Google Forms criada, na qual as participantes tiveram um tempo para ler e assinar de forma eletrônica. O TCLE também garantiu que a pesquisadora prestaria qualquer esclarecimento adicional que o participante solicitasse e o direito de desistir da participação em qualquer momento.

Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados com nomes fictícios de estrelas e constelações, por serem considerados um sinal da verdade, espírito e esperança, fazendo associação com a temática da pesquisa.

#### 4.8 ANÁLISE DE DEPOIMENTOS

As oficinas foram realizadas pela pesquisadora do estudo, no entanto, a gravação das discussões foi o instrumento fundamental para fornecer maior riqueza de material para análise.

O processo de análise de dados se deu em três etapas de acordo com Minayo (2014): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação.

A etapa de pré-análise se constituiu através de uma “leitura flutuante” e exaustiva dos depoimentos, deixando-se invadir por impressões e orientações, prolongando uma relação interrogativa com eles, compreendendo as ideias centrais, estruturas de relevância dos participantes, procedendo a constituição de informações e representações específicas que foram submetidas aos procedimentos analíticos das etapas subsequentes (MINAYO, 2014).

Quanto à etapa de exploração do material, se deu através das operações de codificação e categorização dos grupos, no qual esse processo aconteceu com a decomposição dos conteúdos das oficinas, tendo como base expressões com sentidos equivalentes que surgiram ao longo do processo, que guiaram a pesquisadora na busca de categorias analíticas emergentes dos dados empíricos (MINAYO, 2014).

Na terceira e última etapa denominada como o tratamento dos resultados, foi realizado através da interpretação e conclusão no qual se buscou a articulação entre o material empírico e referencial teórico, visando estabelecer relações que possibilitaram novas explicações sobre o objeto de estudo, estabelecendo, portanto, nexos entre os resultados obtidos, sobre a relevância do cuidado espiritual dentro de uma UTI.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Foram convidados para participar da pesquisa todos os profissionais de enfermagem das UTIs selecionadas. Destes, 11 não aceitaram participar sendo 3 enfermeiras. Dos 27 participantes, 22 são do sexo feminino, sendo 8 enfermeiras e 19 técnicos de enfermagem.

Todos os participantes foram do turno diurno, devido às dificuldades de acesso encontradas para a coleta de dados com a equipe de enfermagem do período noturno. Foram feitas três tentativas de acesso a equipe em ocasiões distintas, mas vários foram os obstáculos relativos aos horários. Aguardar até mais tarde se tornaria inviável para ambas as partes, devido ao cansaço dos profissionais e inviabilidade de acesso de retorno para casa da pesquisadora, e ao tentar realizar pela manhã, os profissionais estavam a caminho de outros vínculos, ou já tinham compromissos previamente agendados. Entre os que aceitaram participar, quatro não completaram a pesquisa, sendo dois transferidos para outros setores e dois desistiram, sem explicarem o motivo de continuar participando do estudo.

A idade dos participantes variou entre 23 a 54 anos. Com relação a religião, oito declararam não fazer parte de nenhuma religião, os demais variaram entre candomblecistas, católicos, espírita, adventista e testemunha de Jeová. Quanto ao tempo de formação variou de seis meses a 24 anos.

No que diz respeito de tempo de atuação na unidade, variou de um a 20 anos na terapia intensiva. Ao questionar se durante a formação participaram de algum curso, seminário ou congresso sobre o cuidado espiritual, todos responderam que não. Ao indagar se no setor onde trabalham existe algum protocolo ou instrumento para ser utilizado nos pacientes críticos sobre o cuidado espiritual, todos responderam que não.

Após a leitura dos depoimentos, emergiram quatro categorias, conforme apresentado no quadro 1 abaixo:

QUADRO 1 – Categorias apreendidas. Salvador, 2024.

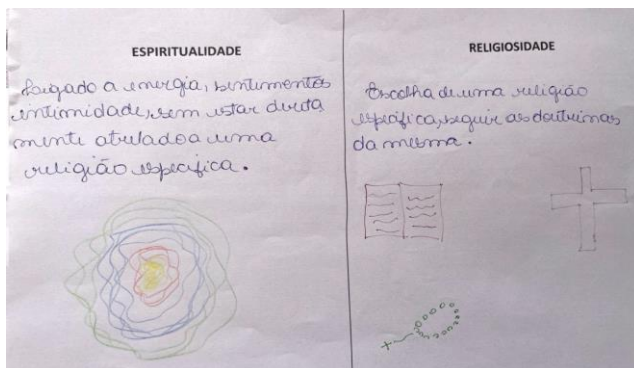
| CATEGORIAS  | PARTICIPANTES  |
|---|--|
| <b>1. Compreensão sobre religiosidade e espiritualidade</b>                                       | Atria, Aquila, Carina, Lyra, Ara, Zaniah, Enif, Keid, Mirzan, Hércules, Achernar |
| <b>2. Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem intensivista a pacientes críticos</b> | Mira, Mirzan, Rana, Sírius, Izar, Quilha, Almach, Enif, Nunki.                   |
| <b>3. Facilidades e dificuldades na prática do cuidado espiritual</b>                             | Almach, Sírius, Mira, Electra, Rana, Mirzan, Tiaki, Izar, Polaris, Quilha, Hydra |
| <b>4. Estratégias para prestação do cuidado espiritual na UTI</b>                                 | Keid, Carina, Electra, Hydra, Antlia, Mirzan, Rana, Aludra, Gemini, Cetus.       |

Fonte: Elaboração Própria. Salvador, 2024.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias apreendidas.

### CATEGORIA 1: COMPREENSÃO SOBRE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

No primeiro contato com o grupo foi oferecido papel ofício e canetas aos participantes e solicitado que escrevessem ou desenhassem para definir e/ou distinguir sua compreensão sobre religiosidade e espiritualidade, destacando alguns desenhos abaixo:

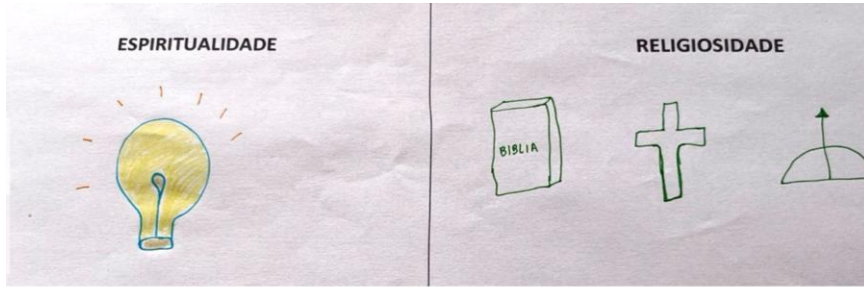


**Figura 1** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023.

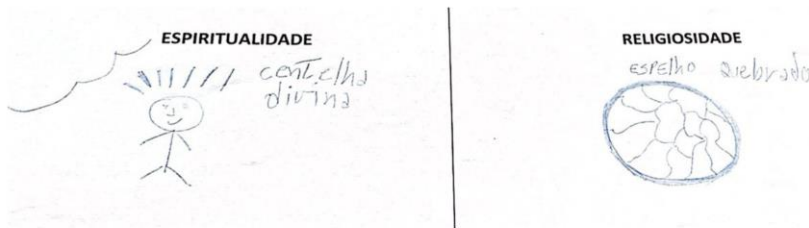


**Figura 2** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade

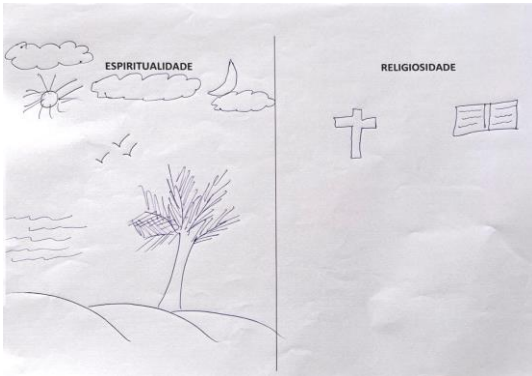
Fonte: Participantes do estudo, 2023.



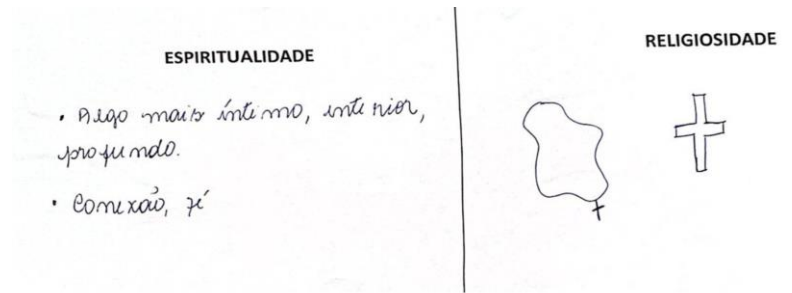
**Figura 3** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023.



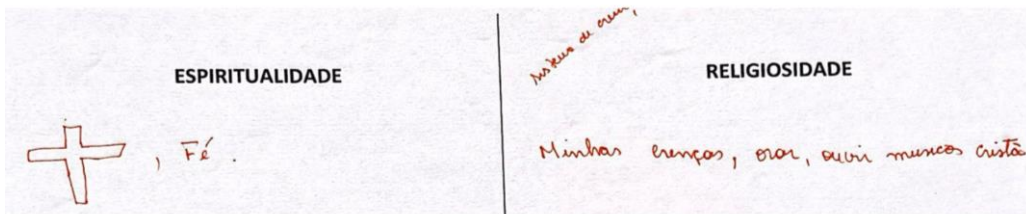
**Figura 4** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023.



**Figura 5** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023



**Figura 6** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023.



**Figura 7** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 2023.

Nas figuras, observa-se que as participantes compreendem a religiosidade através de símbolos religiosos, enquanto espiritualidade usam a criatividade para explicar o transcendente.

Embora os participantes tenham apresentado sua compreensão após a elaboração dos desenhos, alguns chamaram a atenção, como no caso da figura 3, na qual a participante comentou:

Espiritualidade eu coloquei como uma energia! É tudo aquilo que move, tudo aquilo que você acredita independente de religião, até porque pessoas que não acreditam em nenhuma religião, elas também têm a sua espiritualidade, porque acreditam em alguma coisa, tem algo que move por trás. Então, eu vejo a espiritualidade dessa forma, coloquei uma lâmpada porque era pra remeter a energia. E religiosidade eu pensei em todas aquelas religiões que são já pré-estabelecidas! São religiões que tem ali. Que tem nome de religião. É o Cristianismo, catolicismo, candomblé, umbanda, testemunha de Jeová, enfim, todas essas. Aí para mim é religião, quando você parte para conceitos (**LYRA**).

Na figura 4, **Achernar** comenta:

Eu vou começar pela religiosidade, é um espelho quebrado porque eu entendo religiosidade, religião como tipo assim, Deus criou a religião, a única verdadeira como o espelho. A religião para mim é esse espelho e foi quebrado, então, cada religião tem a sua verdade e a intenção de todos é o divino. E a espiritualidade, eu vejo que é a centelha divina. Todos nós temos. Desde o homem na era do fogo, ele tinha aquela centelha divina de tipo acreditar em algo. Acreditava no Deus da chuva. Então, assim, é inerente ao ser humano isso (**ACHERNAR**).

Os desenhos levaram os participantes a expandirem suas mentes para a criatividade, fornecendo explicações plausíveis sobre suas visões, destacando que cada indivíduo possui ideias distintas sobre os conceitos de espiritualidade e religiosidade. No entanto, eles foram capazes de discernir e chegar a um consenso, elucidando o verdadeiro significado de cada um desses conceitos.

A compreensão sobre espiritualidade se evidencia nos depoimentos a seguir:

A espiritualidade para mim é acreditar em algo além da carne, ela transcende o espaço físico (**ATRIA**).

Espiritualidade é tudo que envolve o universo. São sensações, sentimentos, emoções que transcende terra, sol, mar, vento, calor. Para mim tudo isso é espiritualidade, tudo aquilo que eu não vejo, mas eu sinto e que me traz um sentimento. Está muito correlacionado com a religiosidade, mas são situações diferentes, aonde a espiritualidade envolve tudo aquilo que o universo me traz. (**AQUILA**).

As falas destacam diferentes perspectivas e definições individuais de espiritualidade. Para **Atria**, espiritualidade vai além do aspecto físico e mundo material, uma dimensão transcendental, acredita em algo superior à matéria. **Aquila e Lyra** associam espiritualidade a sensações, sentimentos, motivações e emoções que ultrapassam os limites físicos e daquilo que não se vê, ressaltando a distinção da religiosidade.

As diversas compreensões oferecem uma ampla perspectiva sobre espiritualidade, apontando sua conexão com sentimentos, pensamentos e valores que influenciam a percepção do indivíduo na relação com o seu interior, conforme os depoimentos a seguir:

A espiritualidade, ela é individual, cada pessoa se expressa de acordo com sua concepção de mundo, naquele contexto onde a pessoa está inserida (**CARINA**).

O meu desenho sobre espiritualidade é um estado de espírito de você com você mesmo. Eu acho que tá muito ligado com a sua intimidade, com o que você acredita, se está ligada a sentimentos, a reflexões mais internas sua com você mesma e com o meio (**ARA**).

Definir espiritualidade pode ser complexo, já que é uma experiência profundamente pessoal e individual, cujos significados são distintos para cada indivíduo. Os depoimentos de **Carina** e **Ara** revelam que a espiritualidade está ligada à busca de significado, propósito e conexão com algo maior e transcende o aspecto material e físico da existência, envolvendo questões de valores, crenças, propósito de vida e conexão com o mundo ao nosso redor.

A espiritualidade é o mergulho profundo em uma busca pessoal por respostas que vão além dos aspectos cotidianos da vida. É a necessidade de compreender o significado da existência e a nossa conexão com algo maior, algo transcendental. Nessa jornada, é possível encontrar caminhos diversos, podendo ou não fazer parte de uma comunidade religiosa (KOENIG, 2012).

Reconhecer a relevância da espiritualidade e do cuidado em todos os domínios da assistência à saúde, inclusive no cenário do paciente crítico, pode oferecer um suporte emocional e um conforto adicional aos pacientes, contribuindo assim para uma assistência mais completa e compassiva, independente do cenário de cuidados de saúde (SANTOS, *et.al.*, 2021).

Os resultados desta categoria estão principalmente associados aos Fatores 2, 3 e 7 da Teoria de Watson. O Fator 2 não apenas diz respeito ao estímulo da fé e esperança, mas também à capacidade de sustentar e respeitar o sistema de crenças e o mundo subjetivo dos pacientes. Isso levanta questões sobre o entendimento pessoal dos conceitos de religião e

espiritualidade, e como os profissionais de enfermagem lidam com o sistema de crenças de seus pacientes e suas abordagens ao cuidar de um paciente necessitado de apoio espiritual.

Quanto ao Fator 3, identificado como o cultivo da sensibilidade em si e no outro, enfatiza-se a necessidade da equipe de enfermagem reconhecer e vivenciar as emoções, o que aumenta sua sensibilidade e os torna mais autênticos, espontâneos e verdadeiros. Isso, por sua vez, melhora suas habilidades para encorajar e fortalecer tanto o paciente quanto a si mesmos (TALENTO, 2000).

No tocante ao Fator 7, identificado como a promoção de um processo interpessoal de ensino-aprendizagem, destaca-se o conceito fundamental de responsabilidade e verdadeiro engajamento nas experiências no contexto do cuidado. Isso implica que a equipe de enfermagem deve assumir a responsabilidade de aprimorar constantemente seus conhecimentos, para compreender as percepções dos pacientes sobre sua condição atual. Isso os capacita a fornecer intervenções adequadas e apropriadas para atender às necessidades específicas de cada paciente (WATSON, 1979).

Para as participantes, a espiritualidade é uma busca única que vai muito além das fronteiras da religião. Ela se revela como uma fonte de inspiração para a nossa jornada humana, oferecendo respostas e conexões profundas que transcendem as limitações do mundo físico, ficando evidente no seguinte depoimento:

Mesmo você não tendo uma religião escolhida, você pode ter espiritualidade, buscar isso pela natureza, a forma como você conduz sua vida, pelas suas escolhas, pela sua postura com as pessoas, isso é espiritualidade, quando você é uma pessoa de equilíbrio, de controle e que você acredita que tem um ser maior, alguém pra controlar tudo isso (ZANIAH).

No entanto, uma participante declarou não ter entendimento sobre o assunto, ficando evidente no seguinte depoimento:

Sobre a espiritualidade nada eu sei, não faço julgamento por não ter conhecimento (ENIF).

Independente do que se entende sobre espiritualidade, a equipe considera um aspecto essencial individual, proporcionando conforto, orientação e significado em meio aos desafios e às experiências da existência humana.

Estudo aponta que a equipe de enfermagem não consegue abordar a espiritualidade pois se mostra subjetiva e de difícil acesso, embora reconheçam que ela é importante para o cuidado (Batista *et al.*, 2022).

No que diz respeito à religião e religiosidade, destacam-se os seguintes depoimentos:



A religiosidade, eu coloquei mais a questão, a forma como você expressa. Bíblia, texto, a cruz, água benta, o sal grosso, a forma como você demonstra a sua fé (**KEID**).

Religiosidade não é espiritualidade e espiritualidade não é religiosidade. Religiosidade são atitudes, ações que seguem uma doutrina de acordo com suas regras, ritual, entre outros (**HÉRCULES**)

**Keid** enfatiza que a religiosidade se manifesta por meio de expressões mais concretas e simbólicas relacionadas a práticas específicas de uma determinada religião. Já **Hércules** ressalta que a espiritualidade vai muito além, sendo mais abrangente, sem a existência de normas ou doutrinas, referindo-se mais às experiências internas, à busca por significado e ao relacionamento pessoal com o transcendente ou o sagrado, independente de rituais ou dogmas religiosos.

Ainda sobre a definição de religiosidade, **Mirzan** e **Zaniah** destacam:

No caso da religiosidade é o que o homem dá o nome para aquilo que você crê, criam-se templos, religiões e a partir daquilo a pessoa segue uma determinada religião e para mim, a religiosidade, a religião é lugar de resistência, é lugar de aquilombar. Então seria além do espiritual, além de cultuar aquilo que eu acredito é o lugar onde eu sou resistência onde eu estou bem quilombos, onde eu mostro toda a minha força negra (**MIRZAN**).

Religiosidade eu acho que é uma forma que a gente escolhe para buscar uma conexão com Deus, uma religião com o intuito de receber suas bençãos, sua proteção e salvação (**ZANIAH**).

Para **Mirzan** e **Zaniah**, a palavra religiosidade geralmente está associada à adesão e prática de uma religião organizada, no qual a pessoa religiosa segue uma doutrina específica, adere a seus ensinamentos, práticas, rituais e participa ativamente da comunidade religiosa que escolheu, buscando conexão com o sagrado de acordo com os preceitos e crenças daquela tradição religiosa, no qual fica evidente na fala de **Mirzan**, que relaciona o conceito de religiosidade com a religião que segue.

O conceito de religião engloba um sistema de crenças, práticas, valores e rituais relacionados ao sagrado e ao divino. É uma estrutura organizada que pode ser formal, com membros que aderem de maneira regular e dentro de uma estrutura institucionalizada, ou informal, com seguidores que mantêm suas crenças e práticas de maneira mais flexível e menos estruturada (SOUZA *et.al.*, 2020).

Nota-se, que para a maioria das participantes, a espiritualidade e a religiosidade podem ser vivenciadas de diversas maneiras. Nem todas as pessoas que buscam conexão com o sagrado o fazem necessariamente através de uma religião. Alguns podem encontrar sua

espiritualidade por meio de práticas pessoais, filosofias de vida, conexão com a natureza, meditação ou outras formas de expressão espiritual (ESPORCATTE, *et.al.*, 2020).

A ambiguidade entre esses conceitos é uma complexidade enfrentada pela equipe de enfermagem, que historicamente associa a espiritualidade à religiosidade e à dimensão transcendente, muitas vezes associado com algum poder divino. No entanto, observa-se uma mudança significativa nessa compreensão, sendo cada vez mais vinculada a aspectos que envolvem a relação intrínseca consigo mesmo, com os outros e com o ambiente (CUNHA, *et.al.*, 2022).

A R/E embora sejam reconhecidas como elementos fundamentais na prática de cuidados paliativos a partir de uma fonte de conforto, esperança e apoio tanto para o paciente quanto para seus familiares em outros campos da assistência médica, como no cuidado a pacientes críticos, a relevância da religião e da espiritualidade muitas vezes é subestimada ou negligenciada, possivelmente devido à urgência das intervenções médicas e ao foco predominante nas necessidades imediatas e específicas desse pacientes (SOUZA, *et.al.*, 2020).

Por conseguinte, evidencia-se que a equipe de enfermagem sabe diferenciar os conceitos R/E, compreendendo que essa distinção é crucial para oferecer cuidados sensíveis às necessidades dos pacientes críticos. Algumas pessoas podem se identificar como religiosas, seguindo uma doutrina específica, enquanto outras podem se considerar espiritualizadas, buscando significado e propósito de maneira individual e não necessariamente vinculada a uma religião formal.

Sendo assim, a equipe de enfermagem atenta a essa diferença pode adaptar seus cuidados para atender às necessidades específicas de cada paciente, respeitando suas crenças, práticas espirituais ou religiosas, ou mesmo a ausência delas, garantindo um cuidado sensível e centrado no paciente.

## CATEGORIA 2: CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA A PACIENTES CRÍTICOS

Após a exposição do vídeo que oferece uma visão abrangente do grande impacto que uma doença pode ter, indo além do âmbito do paciente para abranger o círculo mais amplo de influências e que destaca não apenas a jornada do paciente, mas também, lança luz sobre a esfera emocional e social, capturando a conexão entre o paciente, sua família, amigos e os profissionais de saúde envolvidos, foram evidenciados os seguintes depoimentos:

Trazendo para a nossa prática, acho que é esse sentimento que os pacientes têm, chega à nossa realidade de terapia intensiva, pessoas desconhecidas, ambiente frio, barulhento, se sentindo meio perdido, tentar trazer ele mais próximo da realidade, não é um ambiente adequado, mas a gente tenta na medida do possível trazer algo que se assemelha ao convívio familiar, como uma música, um cheiro, uma massagem, um toque, uma escuta e a gente com esses gestos vamos trazendo ele (**MIRA**).

**Mira** enfatiza a importância de buscar maneiras de amenizar essa experiência para os pacientes, destacando a tentativa de aproximar o ambiente hospitalar com elementos familiares e reconfortantes, seja ele por meio de música, cheiros, toque ou interações humanas mais próximas, demonstrando sensibilidade para criar um ambiente mais acolhedor e humano dentro das possibilidades da terapia intensiva.

**Mirzan** relata:

Como se fosse um resgate. É como se ela estivesse em coma e no subconsciente dela, ela percebeu que era muito amada cá fora, muito querida pelo cachorrinho dela, pelo familiar, pela equipe no cuidado, e tudo isso fez com que ela se fortalecesse espiritualmente e fisicamente (**MIRZAN**).

**Mirzan** destaca a importância do suporte emocional e do carinho da rede de apoio do paciente no processo de recuperação e bem-estar, no qual sugere um impacto positivo, não apenas no aspecto emocional ou espiritual, mas também, na recuperação física, contribuindo para uma melhoria significativa do seu estado de saúde.

Segundo Watson (2002), o cuidado embasado em princípios humanísticos e comportamento altruístico pode ser desenvolvido e enriquecido por meio da reflexão sobre a perspectiva pessoal, princípios morais, habilidades de comunicação e interação com diversas culturas, além das experiências de desenvolvimento pessoal. Esses elementos são considerados fundamentais para o amadurecimento da equipe de enfermagem, capacitando-os a promover um comportamento compassivo em relação aos outros.

Nesta categoria emerge o primeiro Fator de Cuidado, que na rotina hospitalar incita a equipe de enfermagem a refletir sobre diversos aspectos relacionados à conduta de vida. Isso inclui a maneira como eles tratam e consideram o próximo, bem como seus próprios pensamentos e ações influenciam no cuidado ao paciente. Eles são instigados a considerar se estão respeitando os sistemas de valores individuais de cada paciente e como essas atitudes se manifestam em sua vida pessoal e cotidiana.

O acolhimento, como um dos pilares da humanização no cuidado de saúde implica não apenas na oferta de acesso a todos, mas também, na fundamentação desse acesso no alicerce

do respeito mútuo. Esse processo está intrinsecamente ligado à habilidade de ouvir os pacientes, buscando oferecer uma resposta positiva às suas necessidades (LUIZ et. al., 2017).

Na UTI pesquisada, os profissionais tem a preocupação de dar uma boa assistência aos pacientes, não apenas no sentido biomédico, mas também humanizado e espiritual, evidenciado na fala:

Eu pelo menos tento descrever tudo o que será realizado no setor, como monitorização, por exemplo, pois é como eu gostaria de ser tratada se eu chegasse num ambiente desse. Só o fato de o paciente receber a notícia que vai para a UTI já é assustador. Porque para a sociedade, a UTI é para quem está grave, que está no último estágio de vida. Eu tenho um lema: Faça com o outro o que você queria que fizesse com você. Coloca-se no lugar do outro! (**RANA**).

Por vezes, a gente traz o paciente de volta para realidade, está tratando, não é tão ruim, vai passar e aí entra a religiosidade, a espiritualidade dele, que acaba dando força a ele para superar as coisas na verdade (**NUNKI**).

O cuidado intensivo humanizado inclui a participação dos profissionais e recursos tecnológicos para auxiliar os pacientes a superar as condições clínicas que, para eles podem parecer impossível, através do domínio social e espiritual (SANTOS, *et.al.*, 2021). Sendo assim, através da demonstração de conhecimento sobre a temática e o não julgamento sobre as práticas religiosas pelos profissionais, os pacientes demonstram segurança, revelando informações com maior facilidade sobre suas práticas e culturas, sendo possível prestar um cuidado espiritual com maior domínio, através da compreensão de suas atitudes, hábitos diários e qualidades de vida (JESUS, 2020).

**Rana** revela a perspectiva empática e consciente ao lidar com a entrada de pacientes na UTI. Há uma sensibilidade notável em reconhecer o estado emocional destes durante o internamento, destacando-se a preocupação com a ansiedade e o medo, demonstrando um esforço em estabelecer uma conexão empática, humanizando o cuidado e buscando transmitir tranquilidade e compreensão.

**Nunki** destaca que, mesmo quando estão tratando de questões desafiadoras, a conexão do paciente com sua fé pode ser uma fonte de conforto e motivação para superar as dificuldades.

Atuar no ambiente hospitalar, onde se depara com desafios diários e confrontos com a fragilidade humana, suscitam grandes reflexões sobre os significados da vida, os propósitos individuais, e as implicações das escolhas pessoais. Nesse contexto, é praticamente impossível para os profissionais de saúde evitar essas reflexões, bem como sobre a própria esfera R/E As vivências intensas e complexas experimentadas diariamente na UTI, não geram

apenas sentimentos de angústia e ansiedade, mas também, um processo de ressignificação na forma como esses indivíduos enxergam o mundo ao seu redor (SOUZA, *et.al.*, 2020).

O progresso do cuidado implica na interação, desempenho e escolhas entre enfermeiro e paciente. Esse período de proximidade durante o cuidado integral permite a ambos a participação na tomada de decisões, envolvendo um método em vez do outro. Isso se torna parte da história de vida, proporcionando novas oportunidades tanto para a equipe de enfermagem quanto para aquele que está sendo cuidado (WATSON, 2002).

Quando a equipe de enfermagem considera a dimensão espiritual do paciente, demonstra uma preocupação genuína com a integralidade do ser, transcendendo a visão restrita à condição clínica. Os pacientes esperam que essa abordagem esteja integrada aos cuidados que recebem, no qual desejam ser reconhecidos e tratados como indivíduos completos e não apenas pela causa que os levaram ao internamento na UTI (INOUE e VECINA, 2017).

Sendo assim, Watson (2002), salienta que o cuidado prestado a indivíduos, independente do grau de aproximação, possui um significado relevante para a enfermagem. Isso não se limita apenas a ocupações e deveres humanos, mas abrange o conjunto de conhecimentos adquiridos, competência e o comprometimento pessoal, social e moral do enfermeiro e técnico de enfermagem.

Nesse contexto, ao se deparar com a complexidade das vivências do paciente crítico, a equipe de enfermagem deve estar sensível ao seu sofrimento e às consequências emocionais, afetivas e psicológicas provocadas pela hospitalização, no qual não se limita apenas à condição física, mas transcende para a existência do indivíduo, na qual o cuidado prestado não se restringe apenas ao âmbito técnico-científico, mas se estende à capacidade de compreender a dor emocional e psicológica desse paciente durante o período de internação, demandando uma postura empática e um olhar atento para além dos sintomas físicos (SILVEIRA *et.al.*, 2020).

A visão de Watson (1979) ressalta que o cuidado, embasado em princípios humanistas e atitudes altruístas, pode ser cultivado e expandido ao considerar a perspectiva pessoal, princípios éticos, habilidades comunicativas e interações com diferentes culturas. Tais experiências são fundamentais para o desenvolvimento dos enfermeiros, capacitando-os a promover um comportamento mais humanizado em relação aos outros.

Determinados cenários clínicos são apresentados como ambientes que exigem uma abordagem mais próxima relacionada às necessidades religiosas ou espirituais dos pacientes, onde essa dimensão se torna mais evidente e necessita de uma atenção especializada e sensível por parte da equipe de enfermagem. Nesse contexto, nas UTIs, onde a fragilidade da

saúde e a possibilidade de morte são mais urgentes, a presença da espiritualidade muitas vezes se torna mais evidente devido à natureza das condições críticas dos pacientes, sendo um suporte crucial para enfrentar a vulnerabilidade e o desconhecido (CUNHA, *et.al.*, 2022).

Por isso, é fundamental que a formação profissional esteja voltada para a humanização do cuidado. Os futuros enfermeiros e técnicos de enfermagem devem ser incentivados a desenvolver habilidades de comunicação, empatia e compaixão. Devem aprender a enxergar além da doença e a tratar o paciente como um ser humano completo, com suas particularidades e necessidades individuais.

Portanto, entre a experiência emocional transmitida pelo vídeo e o contexto da terapia intensiva ressalta-se a relevância da humanização no cuidado. Observa-se o esforço dos participantes em oferecer conforto emocional e criar um ambiente familiar para os pacientes, auxiliando-os a lidar com o ambiente crítico, destacando a atenção dada às dimensões emocionais, espirituais e psicológicas do cuidado em saúde, enfatizando a empatia e a busca dos profissionais por formas de tornar a experiência do paciente mais tolerável.

As participantes, ao referirem o esforço em criar um ambiente familiar para os pacientes, acolherem, coaduna com o fator de cuidado 2 proposto por Watson, estar autenticamente presente (WATSON, 2008). É crucial que a equipe de enfermagem esteja presente, capacitada a possibilitar, sustentar e respeitar integralmente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do paciente ou de si mesmo.

O fator 5, designado como Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos, destaca a importância da presença da equipe de enfermagem para apoiar a manifestação desses sentimentos. Isso é considerado essencial para estabelecer uma conexão profunda entre equipe/paciente. Por outro lado, o fator 8, denominado Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual de apoio, proteção e/ou correção, refere-se às ações diárias da equipe de enfermagem para promover a saúde, restaurá-la ou prevenir a doença, criando um ambiente propício para o bem-estar físico, mental, social, cultural e espiritual do paciente (WATSON, 2002).

Após a explanação dos conceitos relacionados à R/E e cuidado espiritual na UTI, foi solicitado aos participantes que descrevessem como poderiam oferecer esse cuidado aos pacientes críticos, no qual se destacou os seguintes depoimentos:

Ouvir o paciente primeiro, porque às vezes, dependendo da religião, cada um age de uma forma diferente. Eu não tenho religião, então, muitas coisas em que o paciente acredita eu não acredito, mas eu respeito aquele posicionamento dele. Se o paciente acha que aquele “tercinho” vai fazer diferença, eu não vou tirar da cama, eu vou respeitar, porque ele acredita naquilo ali. Então, é respeitar e acolher a crença dele, não querer impor o que eu acredito (**SIRIUS**).

É bem abrangente, não é só uma coisa única. A gente precisa respeitar a individualidade dele, sua religião, história, desejos, crença e valores. Partindo desse pressuposto, você toma cuidado com o que você vai dizer, para não levar o que é seu para o outro. Porque isso pode haver um desrespeito, e até um assédio a esse paciente, pela vulnerabilidade dele naquele momento e não só a ele como também a própria família (**IZAR**).

Os depoimentos destacam a importância de compreender e respeitar as crenças dos pacientes no contexto da assistência. **Sirius** menciona a necessidade de respeitar os pensamentos e desejos dos pacientes, mesmo que esses possam diferir dos seus, no qual exemplifica que, se um paciente valoriza um objeto de cunho religioso, ela respeita à opinião e o conforto do mesmo.

**Izar** ressalta a necessidade de considerar a individualidade de cada paciente, suas crenças, valores e história pessoal, evitando impor suas próprias visões e cuidando para não desrespeitar a vulnerabilidade do paciente.

**Quilha** enfatiza a importância de abordar essa questão de maneira sensível e adequada, garantindo que cada paciente tenha uma visão única sobre o tema, conforme destacado a seguir:

Eu uso muito a questão de perguntar para o paciente, se ele tem fé em alguma coisa. Fica mais fácil abordar pelo lado dele, e tem aqueles que são ateístas e, às vezes, você falar em religião é até uma ofensa, então, sempre vou buscando esse contexto que fique confortável e positivo de fazê-los sorrirem, às vezes você tenta pela religião, mas aqueles que não têm, vou fazendo de uma forma que fique mais leve, que deixe o ambiente mais tranquilo, que facilite despegar um pouco da questão da doença em si (**QUILHA**).

Os participantes consideram relevante ouvir os pacientes em primeiro lugar, principalmente no que diz respeito às suas crenças religiosas. Nota-se que a atitude de atenção e acolhimento enfatizada por **Quilha** mostra o respeito nas crenças que os pacientes seguem, mesmo quando essas não se alinham com as próprias, reconhecendo a sua importância para o bem-estar e conforto emocional do paciente, independente do que eles acreditam.

O profissional que reconhece e respeita a espiritualidade do paciente pode influenciá-lo de maneira positiva, resultando no aumento da autoestima, melhora do bem-estar emocional e psicológico durante todo o processo de internamento no setor crítico (LAMMEL *et.al.*, 2021).

Um relacionamento com Deus ou crença em um poder superior é fundamental para que o paciente e sua família possam compreender e aceitar o sofrimento humano, independente da religião praticada. Nesse sentido, a espiritualidade se torna uma importante ferramenta de conforto e apoio durante a assistência de enfermagem nos momentos de crise, oferecendo um sentido às adversidades vivenciadas, no qual a conexão espiritual pode fornecer consolo e ser uma fonte de significado e aceitação diante do sofrimento (TAVARES *et.al.*, 2020).

O cuidado espiritual proporciona vantagens significativas não apenas para a dimensão física, mas, também, para a mental e espiritual dos pacientes. Essa abordagem transforma a assistência biomédica em uma mais humanizada, na qual reconhece a relevância de atender às necessidades emocionais, mentais e espirituais dos pacientes, resultando em uma assistência mais completa e centrada na integralidade do ser (MEIRA *et.al.*, 2023).

Watson (2002) destaca que a verdadeira essência do cuidado não se restringe apenas a uma interação física, mas está intrinsecamente ligada às experiências que se entrelaçam no campo fenomenológico, conectando-se de maneira particular com o passado, presente e futuro.

Além disso, a presença de recursos espirituais e religiosos, como o apoio social proveniente de comunidades de fé em que o paciente faz parte, a prática da oração, meditação ou outras maneiras de demonstração espiritual, tem sido correlacionada com níveis mais altos de resiliência emocional, menor incidência de depressão e ansiedade, e uma melhor capacidade de enfrentar adversidades impostas pela doença (SAAD *et.al.*, 2020).

Um participante afirmou que já faz esse cuidado junto com a equipe, evidenciado no depoimento abaixo:

Aqui a gente consegue fazer um trabalho bem legal com os pacientes. Mesmo com a alta rotatividade, a gente consegue deixa-los mais tranquilos e confortáveis. Mesmo chegando com várias dificuldades, a gente consegue amenizar bastante a vida, mesmo que alguns infelizmente não fiquem, porque a vida não o permite ficar, mas conseguimos fazer muita coisa (ALMACH).

**Almach** revela que a equipe realiza uma abordagem compassiva, ao lidar com pacientes, apesar da alta rotatividade na UTI, preocupando-se em proporcionar um ambiente mais tranquilo e confortável, mesmo diante das dificuldades que eles possam estar enfrentando, valorizando cada interação e impacto positivo que podem proporcionar durante o período em que estão sob os cuidados da equipe.



È importante estabelecer uma relação aberta e respeitosa com os pacientes em relação à R/E, evitar julgamentos de valor, permitindo assim que a equipe de enfermagem lide com esse contexto de maneira imparcial e respeitosa em relação às crenças do paciente, não deixando que o medo ou a insegurança interfiram no cuidado, devendo ter uma postura adequada, sem deixar que sentimentos pessoais limitem a habilidade de lidar com suas questões espirituais ou religiosas (SOUZA *et.al.*, 2020).

No entanto, eles não prestam o cuidado espiritual de maneira planejada ou específica, e sim, de forma espontânea durante outros cuidados de rotina, ficando evidente no depoimento a seguir:

Se você estiver lá parada. “Ah! Eu vou ali conversar com o meu paciente, falar de Deus para ele!” Dificilmente existe isso! Isso acontece na hora do banho, quando a gente chega, quando a gente vê o sofrimento do paciente, ver ele se queixar, quando ele não tem mais esperança de nada, que ele fala assim: “Há que nada! Eu não vou mais sair daqui!” Aí a gente fala: “Tenha fé, você não crê em Deus?” Quantas vezes a gente faz isso? Isso é automático! (ENIF).

O cuidado espiritual é prestado através da interação natural e automática entre a equipe de enfermagem e os pacientes, quando surge a oportunidade de mencionar questões de fé ou espiritualidade, na qual as conversas muitas vezes surgem como uma resposta imediata à expressão de desesperança por parte do paciente, sendo um gesto de apoio e encorajamento. Os diálogos são percebidos como gestos genuínos de apoio e estímulo, oferecendo um suporte emocional e encorajador.

Estudo revela que a dimensão espiritual é recurso terapêutico e uma possibilidade de proporcionar o conforto e bem estar, à medida que fortalece e ampara, sendo importante o seu estímulo (Batista *et al*, 2022).

O cuidado espiritual é uma dimensão complexa, que transcende a prática assistencial. Este cuidado se apresenta como uma expressão que une a empatia, a compaixão e o amor, sendo uma abordagem mais abrangente e universal para a atenção espiritual, no qual se estabelece uma relação entre o enfermeiro-paciente, buscando proporcionar conforto e facilitação de práticas espirituais pessoais, tais como a oração, a leitura de textos sagrados ou o acesso a líderes espirituais. O ato de ouvir, comunicar-se, compreender o sofrimento alheio e o contato físico com o paciente emerge como formas essenciais para fornecer esse cuidado (MAYHUA; RONDON, 2021).

Watson (1979) destaca que o cuidado, embasado em princípios humanistas e em atos altruístas, pode ser aprimorado ao considerar a análise da perspectiva pessoal, valores morais,

comunicação e interação com diferentes culturas e experiências de desenvolvimento pessoal. Esses aspectos são essenciais para o amadurecimento da equipe de enfermagem, capacitando-os a promover um cuidado humanizado.

Á vista disso, é necessário que a equipe de enfermagem intensivista adote estratégias durante a assistência, reconhecendo o indivíduo como um ser holístico, composto por dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais interligadas e interdependentes. Essa visão exige da equipe sensibilidade, discernimento e uma abordagem aberta, a fim de atender às necessidades profundas e variadas do ser humano de maneira integral (MAYHUA e RONDON, 2021).

Os participantes evidenciaram que, mesmo não tendo um treinamento direcionado para prestar o cuidado espiritual a pacientes críticos, reconhecem e abordam questões espirituais nos momentos em que os pacientes demonstram sofrimento e desesperança.

### CATEGORIA 3: FACILIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA DO CUIDADO ESPIRITUAL

Ao questionar as participantes sobre as dificuldades enfrentadas ao oferecer esse tipo de cuidado, destacou-se:

Tanto a dificuldade como a facilidade vão depender da pessoa! Tem dias que a pessoa em si não está bem e ela não vai conseguir prestar um atendimento bom para o outro. Então conseqüentemente, a gente não vai dar uma atenção tão agradável como deveria. Aconteceu algum problema em casa, pessoal, por exemplo, para chegar aqui e conseguir estar sorrindo, mesmo que seja falso o sorriso, o paciente vai sentir, vai ter a mesma energia (ALMACH).

Se você está estressada ou a equipe, por exemplo, por mais que a gente esteja com um sorriso no rosto, é ser humano, ele sente a nossa energia. Então, por mais que eu esteja ali dando risada e tal, ele está sentindo, a gente está tocando, quem toca é a gente, então é bem difícil isso. Como falei, não é todo dia que a gente consegue seguir nessa linha e está tudo bem (MIRA).

Essas falas evidenciam a complexidade das interações humanas na área do cuidado. **Almach** ressalta a importância do estado emocional e mental da equipe no atendimento ao paciente, e sugere que o bem-estar tenha influência pessoal diretamente na qualidade do cuidado ofertado, podendo refletir na assistência prestada e ser percebida pelo próprio paciente, influenciando a qualidade da interação equipe-paciente.

Já **Mira** expande essa ideia, destacando que, mesmo que o profissional tente disfarçar seus sentimentos, a percepção do paciente sobre essa energia é clara. Isso indica que a

qualidade da interação não é apenas uma questão de expressão facial ou comportamental, mas também, o que o profissional transmite.

**Almach** e **Mira** demonstram a importância e a sensibilidade da conexão emocional entre a equipe e o paciente, ressaltando que o autocuidado é essencial para proporcionar uma assistência efetiva, se tornando mais explícita na seguinte fala:

Quando o paciente já tem certo tempo de hospitalização, ele se torna muito solicitante, mais demandante, a gente acaba negligenciando essa parte, priorizando a assistência como medicação, solução, banho e negligenciando essa escuta, esse conforto, porque a gente acaba se estressando. Muitas vezes, ele acaba se sentindo só. Às vezes, queria só conversar mesmo, e nem sempre a gente está disposto, preparado, tem um momento disponível dentro das outras coisas que tem para fazer da rotina. (**ELECTRA**).

A fala de **Electra** reflete a prática comum da equipe de enfermagem, ao priorizar banho e medicação. Seguindo essa vertente, a equipe de enfermagem lida com várias situações delicadas diariamente e, como consequência, apresenta tensões no qual a exigência de tomar decisões rápidas na presença de intercorrências e a necessidade de ter habilidades emocionais e cognitivas, pode resultar em sobrecarga psicológica e emocional, afetando diretamente o bem-estar mental desses profissionais (FERNANDES *et.al.*, 2015).

No entanto, mesmo com as adversidades vivenciadas na profissão, estudo destaca que a relevância das interações humanas e o impacto positivo que os profissionais de saúde têm, ao estabelecer conexões significativas com os pacientes, podem trazer algum propósito, realização e gratificação pessoal, no qual contribui para o bem-estar emocional desses profissionais (NASCIMENTO *et.al.*, 2021).

Independente das circunstâncias é de extrema importância tratar cada paciente de forma holística, levando em consideração não apenas sua condição clínica, mas também sua história, identidade, dignidade e individualidade em meio ao sofrimento, promovendo um ambiente mais acolhedor, respeitoso e humanizado para esses indivíduos que se encontram em um momento de vulnerabilidade (MODESTO *et.al.*, 2020).

No que diz respeito ao sistema de crença do paciente, **Sirius** relata:

Eu não tenho muita facilidade com o paciente que tem religião da matriz africana. Eles não se abrem muito, não conversam sobre, não pedem para vir alguém, eles se sentem mais acuados por conta do preconceito, porque você não os ver se expressando tão fácil quanto o católico e o evangélico. É raro a gente ver o paciente aqui que é dessa religião e falam que é (**SIRIUS**).

**Sirius** destaca sua dificuldade em desenvolver uma comunicação aberta com pacientes que seguem religiões de matriz africana, enfatizando que o comportamento destes tende a ser mais reservado, não expressam facilmente sua religiosidade e raramente solicitam assistência espiritual. Isso pode estar relacionado ao preconceito enfrentado por essas opiniões, onde não se sentem à vontade para compartilhar sua fé ou buscar assistência religiosa devido ao estigma social, ou à percepção de que sua religião não é aceita e não vão saber atender suas demandas no ambiente hospitalar.

As necessidades do paciente são atendidas em todas as dimensões: biológico, mental, social e espiritual, na qual abrange uma coleta de informações precisa e sensível às necessidades individuais, a fim de fornecer um cuidado abrangente, no entanto, alguns grupos sociais mantêm preconceitos enraizados que podem interferir na coleta de dados durante a consulta e histórico de enfermagem (JESUS, 2020).

Estudo afirma que a religião pode ter um impacto na assistência, mas pode ser limitada se houver um acordo mútuo entre profissionais e pacientes, buscando um equilíbrio que respeite as escolhas religiosas do indivíduo, ao mesmo tempo em que procura minimizar possíveis interferências negativas que essas referências podem influenciar durante a assistência de enfermagem (FERNANDEZ, *et.al.*, 2018).

O cuidado espiritual enfatiza a relevância da sensibilidade e da empatia por parte da equipe de enfermagem ao coletar informações, considerando a possibilidade de barreiras sociais e culturais que podem influenciar na revelação completa e franca das necessidades espirituais dos pacientes (JESUS, 2020). Sendo assim, é de extrema importância realizar um cuidado respeitoso e inclusivo, na qual as crenças religiosas dos pacientes são consideradas sem julgamentos, assegurando uma assistência que promova o respeito à diversidade e às singularidades de cada indivíduo (ROSSATO *et.al.*, 2021).

Diante do exposto, evidencia-se a importância de uma assistência acolhedora e inclusiva, no qual todas as manifestações religiosas devem ser respeitadas e acolhidas, havendo necessidade de sensibilidade cultural, garantindo que todos os pacientes se sintam confortáveis para expressar suas crenças, independentemente de sua origem ou tradição religiosa.

O ato de cuidar demanda valorização, atenção, gentileza, interesse e respeito por indivíduos que não têm laços familiares, aceitando os princípios éticos e a liberdade de escolha do paciente. Os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de reconhecer e compreender o valor do cuidado para, assim, executá-lo (WATSON, 2002).

Os participantes relataram, também, que uma das dificuldades para prestar o cuidado espiritual está relacionada a passagem de plantão e à percepção do profissional diante do paciente, destacando-se os seguintes depoimentos:

Depende de mim, eu vou passar o plantão para o colega, já desempenhei meu papel como profissional, humano, já prestei a minha assistência, e o colega que vai me tirar, vai continuar com aquele paciente, ele vai se sentir acolhido, por que ele tem o mesmo pensamento que eu, a gente sabe, a gente percebe. Então a dificuldade vai ser manter a constância desse cuidado. Tem pessoas que não consegue dar essa continuidade. A gente percebe isso (**RANA**).

Às vezes, o próprio colega, quando vai passar o plantão para você, fica falando o que aconteceu! O seu plantão é um, o meu plantão vai ser outro! Você pode ter discutido com o paciente, o paciente pode ter sido agressivo com você, aí você passa o plantão para mim, eu já levo isso nas costas e eu já chego armada para o paciente! (**MIRZAN**).

Tinha uma paciente que não queria tomar banho, porque ela sentia dor no corpo inteiro! Eu falava: Eu sei que a senhora sente dor, mas o banho é necessário, não é que a senhora não goste, a senhora não quer tomar banho para não sentir dor. O que passaram pra gente é que ela não gostava de tomar banho! (**TIAKI**).

Os depoimentos destacam as diferentes percepções e dificuldades durante a passagem de plantão na rotina da equipe de enfermagem. **Rana** destaca a responsabilidade de como será transmitido às informações para o próximo colega e ressalta a relevância de manter a continuidade do cuidado, reconhecendo que diferentes abordagens podem impactar a assistência do paciente. Por outro lado, **Mirzan** e **Tiaki** expressam a influência das informações recebidas, enfatizando como as expectativas podem afetar a relação com o paciente.

A esse respeito, **Electra** destaca:

Às vezes, também, a relação com o outro integrante da equipe, por exemplo, a paciente se estranhou com a equipe do outro turno, aí essa equipe passa o plantão dizendo que é uma paciente difícil, resistente. Ai você já vai armada para falar com ela e, às vezes, é outra coisa. Você não dá a oportunidade de conhecer o outro lado, às vezes, ela vai ter uma abertura com você que comigo não vai ter, e a gente acaba se fechando, não ouve o paciente, não dá espaço para o paciente ser ele mesmo e acabamos sendo o reflexo do que ele foi com o outro, devido ao que o outro te passou (**ELECTRA**).

**Electra** ressalta a necessidade de uma comunicação clara e objetiva durante a troca de plantão, evitando pré-julgamentos que possam comprometer o cuidado de enfermagem.

A passagem de plantão é um momento crucial para o desenvolvimento de planos e continuidade dos cuidados diários para os pacientes, no qual são abordados aspectos fundamentais, como a avaliação do estado de saúde, intercorrências ocorridas e assuntos institucionais relevantes, onde exige uma avaliação contínua, que leva em consideração valores, hábitos, opiniões, normas e experiências compartilhadas pela equipe. A clareza e objetividade das informações são essenciais, uma vez que falhas e equívocos na comunicação podem resultar em prejuízos na assistência e impactar qualidade na saúde dos pacientes (ECHER, *et.al.*, 2021, SCHORR, *et.al.*, 2020).

Desse modo, observa-se que, para garantir uma comunicação eficaz durante a passagem de plantão, é essencial possuir a habilidade de transmitir informações de forma clara e objetiva. Além disso, é de extrema importância praticar a escuta ativa e garantir que todos os detalhes relevantes sejam comunicados de maneira específica, tirando dúvidas, se necessário. Nesse sentido, Watson (2002) destaca que o ato de cuidar demanda o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro, exigindo um comprometimento tanto consigo mesmo quanto com outros seres humanos em qualquer momento do cuidado.

É crucial realizar essa prática sem julgamentos sobre o paciente, principalmente quando este se encontra desorientado ou agitado, pois tais comportamentos podem ser desencadeados por situações que não são imediatamente claras. Dessa forma, evita-se o risco de mal-entendidos, preconceitos baseados na percepção alheia e falhas na continuidade do cuidado.

Outra dificuldade apreendida na prestação do cuidado espiritual diz respeito a pacientes em uso de ventilação mecânica, evidenciado nos seguintes depoimentos:

Como você vai interagir com o paciente intubado? (**IZAR**)

Só com a família! A família chega chorando, desesperada e a gente tem que acalmar, pedir para família segurar a mão do paciente, falar que ele está ouvindo, que é para conversar com ele, falar palavras positivas (**TIAKI**).

No momento do banho quando você vai tocar no paciente, eu sempre peço licença pra tocar no paciente (**MIRZAN**),

A escuta é o último sentido que ele perde, então o paciente está escutando (**IZAR**).

Os participantes apontam dificuldades para realizar o cuidado espiritual em pacientes intubados, transferindo esse cuidado para a família. Destaca-se a importância da comunicação e do toque, mesmo quando o paciente não pode responder ativamente, observando uma abordagem humanizada, respeitando a presença e a escuta do paciente, ainda que ele esteja em uma condição na qual não possa responder verbalmente. Isso demonstra a compreensão da

importância do cuidado emocional e da atenção pela dignidade e pelo bem-estar do paciente e de seus familiares durante a internação na terapia intensiva.

No entanto, é necessário observar e compreender os sinais não verbais emitidos pelos pacientes, especialmente aqueles que estão em IOT. Esses pacientes enfrentam privação sensorial, são incapazes de interagir fisicamente com outras pessoas. Por outro lado, a equipe de enfermagem lida com uma carga de trabalho e demanda de pacientes intensa, o que pode levar à realização de procedimentos de forma rápida, não priorizando a interação com os pacientes, uma vez que a comunicação não verbal pode conter informações cruciais sobre as necessidades e o estado emocional que podem não ser percebidas, quando essa interação é deixada para o segundo plano (SILVA, *et.al.*, 2021).

Seguindo essa vertente, as seguintes falas destacam:

Por se tratar de uma UTI, o paciente chega à unidade com aquela ideia de que vai morrer, então até você conseguir desmitificar aquilo dele. Às vezes, o paciente vem só para uma monitorização por 24 horas. Às vezes é a demanda também, não é? Não tenho como está ali o tempo inteiro (**ELECTRA**).

Às vezes, a gente chega e recebe o plantão com a informação que o paciente está de alta, e ele já fica naquela ansiedade perguntando que horas vai e a gente está ali com pressa, ajeitando tudo, porque está com dois pacientes de alta, ou então, a gente tem que ajudar outro colega que está com paciente para levar para exame. Aí, às vezes o paciente fica naquela coisa, naquela ansiedade, querendo ir e a gente querendo fazer as coisas rápidas. (**POLARIS**).

Essas falas ressaltam a percepção frequente de pacientes ao serem internados em uma UTI, aonde muitos chegam com a concepção de que sua situação é grave e está associada à possibilidade de óbito. **Electra** destaca a necessidade de desconstruir essa ideia, muitas vezes infundada, para tranquilizar o paciente. No entanto, essa realidade pode dificultar a presença constante do profissional junto ao paciente, devido à alta demanda como ressalta **Polaris**, ou à necessidade de atender vários pacientes ao mesmo tempo.

A UTI, infelizmente, carrega consigo uma reputação negativa na sociedade. Por ser um ambiente destinado a pacientes com enfermidades graves, muitas vezes associadas a um risco iminente de morte, ela é vista como um lugar que gera angústia, medo, dor e sofrimento. Esse estereótipo prejudica o próprio paciente, podendo agravar seu estado de saúde ou retardar sua recuperação. (BACKES, *et. al.*, 2012).

Diante do contexto, os participantes expressaram encontrar mais dificuldades do que habilidades. Poucas foram às facilidades mencionadas, porém, destacam-se os seguintes relatos:

Aqui é tranquila, a gente pode colocar uma música, fazer a questão do terço, da correntinha que a gente falou, ouvir o paciente, leva-lo na capela, o pastor pode vim, liberar a quantidade de visita a mais do que é permitido...  
(**SIRIUS**)

Orientar o familiar... Olha ele não está respondendo, mas converse com ele, fale as coisas, procure falar de coisas boas, feliz (**QUILHA**).

A facilidade contém várias variáveis na realidade, porque nunca vai ser uma coisa sozinha. (**ALMACH**)

Essas falas ilustram a sensibilidade presente no cuidado oferecido aos pacientes críticos. **Sirius** destaca a flexibilidade, liberdade e abertura da instituição para práticas religiosas e expressões de fé, mostrando uma abordagem inclusiva para atender às necessidades específicas dos pacientes.

**Quilha** ressalta a importância de orientar os familiares sobre como interagir com o paciente, mesmo que ele não esteja respondendo ativamente, através de um suporte emocional por meio de conversas positivas.

Já **Almach** destaca a variedade de facilidades, enfatizando que são influenciadas por múltiplos fatores. Essas perspectivas ressaltam a diversidade de abordagens e a importância de considerar diferentes variáveis no cuidado aos pacientes.

No que se refere ao nível de orientação do paciente para a prestação do cuidado espiritual de maneira eficaz, observa-se:

A facilidade é a própria condição do paciente: tem pacientes que chegam fragilizados. Alguns ouvem, outros não. A depender da condição da pessoa, ela já vem naquela fragilidade, aí você aproveita e tenta ver aonde é que você vai entrar numa conversa para poder tentar animar. Você vai tentar respeitar, se ele te der uma brecha aí você vai, se não, paciência! (**HYDRA**)

**Hydra** considera a fragilidade emocional do paciente como um fator determinante para o cuidado, sendo facilitador para a receptividade ao diálogo ou interação, destacando a importância de respeitar o espaço e os limites do mesmo, aproveitando as oportunidades para interações que possam trazer um pouco de conforto ou apoio emocional, mas compreendendo que nem todos estarão abertos a isso devido à sua fragilidade. Essa abordagem consiste com a necessidade da equipe ter paciência e compreender as diversas situações emocionais e psicológicas enfrentadas pelos pacientes.



Uma participante destaca a dualidade entre a dificuldade e a facilidade no contexto da demanda de trabalho e sua influência na comunicação, conforme relato abaixo:

A dificuldade é a mesma da facilidade, é a demanda. Porque não é sempre que a gente tem uma demanda que é muito corrida, então naquele momento a gente consegue. Exemplo, quando estou com dois pacientes, eu canso de conversar com pacientes em leitos próximos, colocar até os dois para conversarem. Então assim, o perfil dos nossos pacientes permite que a gente tenha essa comunicação, pois a maioria são lúcidos, então facilita (**ELECTRA**).

A comunicação e a relação interpessoal entre a equipe/paciente são elementos fundamentais na assistência. Essa interação não se limita apenas ao cuidado físico, mas se estende ao cuidado através do diálogo e da empatia, influenciando diretamente na qualidade e na eficácia do tratamento e do suporte oferecido aos clientes, suas famílias e à comunidade atendida (LACERDA, *et.al.*, 2021).

Watson desenvolveu um sistema de valores baseado na teoria do cuidado, que reflete um profundo respeito pela admiração e pelos mistérios que a vida oferece. Neste sistema, a equipe de enfermagem é considerada co-participante essencial no cuidado, desempenhando papel fundamental no estabelecimento de um relacionamento positivo com o paciente. Essa abordagem é complementada pelos dez Fatores, incluindo os Fatores 1, 3 e 4. Assim, o ato de cuidar requer apreço, atenção, cortesia, importância, interesse e, acima de tudo, respeito pelos indivíduos que não estão ligados por laços familiares. Isso envolve aceitar os princípios morais e a liberdade de escolha do paciente, sendo responsabilidade do profissional identificar e reconhecer o valor do cuidado para então colocá-lo em prática (WATSON, 2002).

Entretanto, em relação ao Fator 4, denominado como o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança, destaca-se a maneira como a equipe de enfermagem deve se relacionar com o paciente. Isso implica em utilizar compreensão emocional e empatia, sendo autêntico e honesto, buscando sintonizar-se com os sentimentos do paciente (WATSON, 1979).

Sendo assim, para que a enfermagem possa atender às necessidades do paciente, é de extrema importância que sejam valorizados os princípios éticos e a dedicação pelo bem-estar dos outros. A prática, pesquisa e teoria que fundamentam esse cuidado dependem desses conjuntos de crenças (WATSON, 2002). Contudo, com o avanço das tecnologias e o aumento das demandas administrativas, a equipe de enfermagem enfrenta a necessidade de compartilhar conhecimentos e práticas de cuidado (FERREIRA, *et.al.* 2020).

Observa-se a importância da comunicação, a empatia e a compreensão das diversas variáveis envolvidas para realizar o cuidado espiritual aos pacientes críticos, além do aspecto técnico para considerar as particularidades emocionais e psicológicas dos pacientes.

#### CATEGORIA 4: ESTRATÉGIAS PARA PRESTAÇÃO DO CUIDADO ESPIRITUAL NA UTI

Ao questionar sobre qual seriam as estratégias para realizar o cuidado espiritual na UTI, **Keid** refere:

Não impor a sua religiosidade para a outra pessoa, sem ele perguntar e facilitar o diálogo. Perguntar se ele gosta de uma música específica ou religiosa para tocar e escutar em algum momento se for possível, dentro de todo o contexto. Pacientes que são católicos que gostam de frequentar, levar à capela, que aqui tem no hospital (**KEID**).

**Keid** destaca a importância de não impor sua religiosidade aos pacientes, mas sim, facilitar um diálogo aberto e respeitoso, sugerindo estratégias para criar um ambiente mais confortável para o paciente, como perguntar sobre opções musicais fornecendo um momento de escuta de músicas específicas, se estiver alinhado com o contexto e a vontade do paciente. Além disso, menciona a ideia de levar pacientes católicos à capela do hospital, oferecendo um espaço onde possa expressar sua fé, evidenciando a preocupação de considerar as preferências e necessidades religiosas dos pacientes, sem interferir com as suas próprias opiniões.

A musicoterapia na hora do banho seria interessante. Às vezes a gente faz, e até para gente mesmo, é uma terapia (**ELECTRA**).

Quando eu vou montar a diálise mesmo, eu fico ali no leito com minha musiquinha instalando e os pacientes acabam interagindo (**CARINA**).

E é um dos momentos mais ideais! No momento que você vai fazer um curativo ou outro procedimento, é o momento que você mais conversa (**HYDRA**).

**Electra** e **Carina** ressaltam que a música pode ser inserida em momentos específicos, como durante o banho ou na realização de procedimentos, transformando esses momentos invasivos em momentos de descontração e interação entre a equipe e o paciente, no qual **Hydra** complementa essa ideia de que esses momentos contribuem para a criação de um ambiente mais acolhedor e relaxante no momento da assistência.

A música tem o poder de desencadear mudanças fisiológicas em quem está escutando, destacando os benefícios da musicoterapia no controle da ansiedade e do estresse, no qual pode ser empregada como uma intervenção terapêutica não farmacológica nas UTIs, proporcionando momentos de conforto, relaxamento e tranquilidade, bem como estimulando a cognição, através da memorização de letras musicais, e incentivando a expressão de histórias e memórias pessoais, não oferecendo apenas benefícios físicos e emocionais, mas, também, estimula aspectos cognitivos e sociais, por meio da expressão emocional individual e da memória, fortalecendo seu objetivo como parte da terapia complementar (VERAS, *et.al.*, 2021).

O uso da música na mudança de humor dos pacientes críticos se torna evidente no relato:

Lembro-me de um paciente que eu perguntei se ele gostava de ouvir música, eu coloquei. Então percebi a mudança, tinha hora que ele mesmo estava cantarolando, estava se acalmando, então às vezes são estratégias que a gente consegue ir criando sem pensar previamente no que planejar, mas que é um cuidado com o paciente de uma forma geral! Que pode envolver com o lado religioso podendo ou não ajudar, mas que dá esse acalento (**CARINA**).

A fala de **Carina** demonstra preocupação às necessidades e preferências dos pacientes, proporcionando um ambiente de apoio espiritual que seja significativo e confortável para cada um, independente das práticas religiosas pessoais.

Alguns participantes propõem mudanças na rotina e protocolo institucional, como nos depoimentos a seguir:

Poderia ser na hora da anamnese, na entrevista, na admissão. Quando o enfermeiro faz a entrevista, perguntar o que o paciente acha, o habito dele (**ANTLIA**).

Eu acho que deveria perguntar ao paciente (se for lúcido e orientado) ou ao acompanhante, o que traria mais conforto para ele, que poderia ser relacionado à religiosidade, ou a outra coisa que ele é mais apegado. Que aí pode entrar na hora do questionamento da admissão (**MIRZAN**).

Eu acho que tem que criar um protocolo para ficar como rotina, tipo a prescrição de enfermagem que a gente checa ali todo dia, tinha que tá o cuidado espiritual também, que se colocar a gente faz (**RANA**).

Esses depoimentos ressaltam a visão da equipe na importância de implantar o cuidado espiritual como parte do processo da assistência de enfermagem juntamente com as demais atribuições. **Antlia** destaca a relevância de incluir questões sobre os hábitos e opiniões do paciente durante a anamnese como um momento oportuno para entender as necessidades

individuais e os aspectos espirituais e/ou religiosos que podem influenciar o conforto do paciente.

**Mirzan** complementa ao enfatizar a necessidade desse questionamento sugerindo uma abordagem mais abrangente e sensível para identificar como a assistência pode ser mais personalizada e centrada no paciente de maneira individual.

**Rana** sugere a criação de um protocolo que inclua o cuidado espiritual como uma prática regular e insira esse cuidado na prescrição de enfermagem, destacando a importância de formalizar e institucionalizar essa abordagem, para garantir sua integração constante na rotina de cuidados.

As participantes ainda complementam as sugestões sendo evidenciado a seguir:

Na admissão do paciente acho que tinha que ter uma escuta, perguntando qual é a rotina espiritual dele. Às vezes a pessoa não quer ler a bíblia, só quer ali meditar, ficar um momento em silêncio, apagar a luz, fechar os olhos, algo do tipo. Ai a gente iria separar esse momento pra ele e respeitar, ou uma conversa como familiar, ou com o líder religioso. Às vezes, a separação da bíblia de uma pessoa que tem o hábito de andar com a bíblia é traumático (**ANTLIA**).

E a gente passaria isso na passagem de plantão e até na visita multiprofissional, e acionar o serviço social para fazer essa intermediação (**MIRZAN**).

A preocupação expressa das participantes pela necessidade de uma abordagem mais humanizada, confirmando e respeitando a diversidade cultural, espiritual e emocional dos pacientes e a possibilidade de poder dar um suporte na prática religiosa e/ou respeitar o valor dos pacientes por determinados objetos, ressalta a sensibilidade necessária ao lidar com esses aspectos, evitando situações que possam causar desconforto e/ou trauma emocional, integrando essas informações ao cuidado prestado.

Os resultados para esta categoria também estão associados ao Fator 8, que diz respeito à criação de um ambiente saudável e envolvente em todos os níveis, tanto físicos quanto não físicos. Isso implica em proporcionar totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz, permitindo a equipe de enfermagem promover um melhor bem-estar físico para o paciente (WATSON, 2002).

O cuidado de enfermagem fundamenta-se na humanização, no comprometimento pessoal, social e moral, destacando continuamente sua missão primordial de cuidar da integralidade da pessoa humana (WATSON, 2002).

Durante o debate, **Antlia** sugere a seguinte estratégia:

Não tem o momento da visita? Seria um minuto espiritual digamos assim. De manhã, ou na hora visita, ou pós-café da manhã, pós-banho, como meditar, escutar uma música, seria o momento dele ali. Não necessariamente precisava do líder religioso, apenas conversar mesmo, agradecer, expor algo que eles estejam sentindo, se sentir queridos e ouvidos pela equipe (ANTLIA).

Sendo assim é observada a importância para a participante de criar um momento individual ou espaço específico para os pacientes expressarem suas práticas espirituais, sentimentos ou emoções, propondo horários específicos, com ênfase em oferecer suporte emocional e promover um ambiente onde os pacientes se sintam valorizados, ouvidos e compreendidos, independentes de suas práticas religiosas, destacando a humanização e a atenção das necessidades emocionais, psicológicas e espirituais durante a internação na UTI.

As participantes ainda sugerem as seguinte estratégias:

Eu acho que a gente poderia implantar aquele pote dos recadinhos, que você pega os bilhetinhos e pergunta: Você quer ter um minuto de palavra de gratidão ou agradecimento? Poderíamos colocar o cartaz assim: O minuto religioso/espiritual existe! Traga algo que ele goste. E dependendo do estado do paciente, liberar o acesso de mais pessoas no horário da visita (ANTLIA).

Outra coisa seria o contato com a família. Tem família que não dar certo, mas tem outras que até ajuda a equipe na conversa com o paciente, ele fica mais calmo e tranquilo quando a pessoa chega, a gente até estende o horário da visita e no geral dar certo, faz toda a diferença e ultimamente a gente tem facilitado muito justamente pra deixar eles mais calmo nesses períodos de desorientação também e a mudança é nítida, então, a gente avalia e a equipe toda se engaja (ALUDRA).

A proposta citada pelas participantes mostra um entusiasmo em personalizar e adaptar o ambiente hospitalar as necessidades individuais de cada pessoa de maneira única e criativa. Além disso, a sugestão de flexibilizar o horário de entrada e saída de familiares e amigos durante a visita, visa ampliar o suporte emocional ao paciente para oferecer mais conforto e apoio. Essas propostas objetivam criar um ambiente mais acolhedor e inclusivo para a realização do cuidado espiritual.

Em uma UTI, onde os desafios incluem lidar com doenças graves, são observadas alterações comportamentais como a ocorrência de delirium, ansiedade, solidão, insônia e dor em pacientes críticos, no qual a implantação de estratégias não farmacológicas como o aumento do tempo de visitação familiar e um cuidado mais acolhedor é fundamental nesse ambiente para a recuperação integral desses pacientes (NICOLETTI; MANUEL, 2019).

Alguns participantes destacam possíveis dificuldades que podem surgir em relação à implantação dessas sugestões, questionando aspectos como os horários, dias, duração e a definição dos responsáveis pela supervisão do cuidado espiritual, como explicitado nos seguintes depoimentos:

O problema é qual o horário será implementado isso! No horário das treze horas é muito difícil! Meio dia é difícil, oito horas não dar. Pela manhã, a gente chega, recebe o plantão, oferta o café do paciente, faz uma coisa, faz outra, faz medicação, solução, se for esse horário, tem que ver quem toma essa responsabilidade! Uma coisa diária não daria, porque na maioria das vezes, você não tem o tempo suficiente para estar envolvido. Se a enfermagem tiver envolvida não dar. Tem dia que está cheio de procedimento, às vezes tem que atrasar uma visita devido as intercorrências, então na minha opinião não dar pra reservar um horário específico para isso. Se fizesse isso de uma a três vezes na semana já seria um diferencial muito grande, para quem não tem nada! (**GEMINI**)

Eu acho que tinha que ser na visita e incluir a família nesse processo (**CETUS**).

As falas abordam diferentes desafios para a realização do cuidado espiritual de forma rotineira e seguindo algum protocolo. **Gemini** expressou preocupações com a logística, mencionando a dificuldade de encontrar uma programação adequada, considerando a rotina da unidade, enfatizando a complexidade diária do setor, apontando que, se fossem reservados horários fixos, poderiam colidir com outras demandas e procedimentos, propondo ser mais viável realizar esse cuidado em dias alternados e não diariamente. Essas perspectivas ressaltam a necessidade de considerar cuidadosamente a rotina e perfil das UTIs e as diferentes abordagens para integrar esse cuidado de maneira eficaz.

A equipe de enfermagem tem diversas competências e responsabilidades. No entanto, em suas práticas, enfrentam restrições relacionadas à quantidade de pessoal e recursos materiais disponíveis para cumprir suas funções. Essa realidade torna o trabalho exaustivo, devido ao aumento da carga de trabalho, levando a falta de tempo para dedicar aos pacientes. Os modelos e as expectativas impostas aumentam o ônus da responsabilidade do profissional e, frequentemente, impactam negativamente na qualidade da assistência oferecida (BOECK, *et.al.*, 2019).

As UTIs deste estudo têm dinâmicas intensas e distintas, como procedimentos médicos invasivos, intercorrências, altas rotatividade, entre outras demandas, por isso, é fundamental pensar em abordagens flexíveis que se encaixem nessas rotinas, e entender as necessidades específicas dos pacientes e suas preocupações, proporcionando momentos de conforto permitindo a integração do cuidado espiritual sem comprometer outras atividades.

Além disso, considerar essas sugestões pode contribuir para criar um momento ideal para a realização desse tipo de cuidado, respeitando as necessidades individuais dos pacientes, familiares e também da equipe, ficando evidente no seguinte depoimento:

O mínimo que fizermos terá um grande impacto na vida do paciente se for realizado diariamente! Tiro como exemplo minha tia que vai para a igreja todos os dias, ela sendo internada, vai mudar toda a rotina dela e alguém falando algo que ela precisa ou queira ouvir sobre isso, já vai fazer muita diferença do que ela não escutar nada. Seria interessante a gente instituir esse “minuto religioso ou espiritual”, agora precisa ser bem estruturado [...] É só entender o que o paciente quer escutar e por em prática! Obviamente que alguns vão ter possibilidades, outros não (**CETUS**).

**Cetus** destaca a importância de pequenos gestos diários no cuidado espiritual dos pacientes críticos. Ele enfatiza que mesmo um breve momento de apoio espiritual ou diálogo sobre assuntos do interesse do paciente, pode ter um impacto significativo, no qual faz a analogia com um familiar. A sugestão citada pelos outros profissionais demonstra interesse em criar uma estrutura para oferecer esse cuidado, desde que seja adaptável às necessidades individuais dos pacientes e à rotina do setor.

A compreensão das opiniões dos pacientes e a prática dessas ações são fundamentais para promover um ambiente mais acolhedor e compassivo durante o período de internação. Essa abordagem ressalta a importância de introduzir o cuidado espiritual, levando em consideração a individualidade e os critérios de cada paciente.

Seguindo esse contexto, ainda foi citada outra estratégia como observada a seguir:

Pode ser também a cão terapia, trazer um cachorrinho aqui, não dentro do setor, mas proporcionar esse momento com eles, ou trazer o próprio cachorro do paciente se ele solicitar (**RANA**).

A sugestão da possibilidade de inserir a "cão terapia" proposta por **Rana** demonstra uma abordagem alternativa para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes, sugerindo a presença de um cachorro para interagir com os pacientes, seja por meio de visitas programadas de animais treinados ou os cães dos próprios pacientes se assim desejarem.

A Terapia Assistida por Animais (TAA) e a Atividade Assistida por Animais (AAA) por cães treinados como intervenções complementares na UTI, são utilizados para proporcionar conforto emocional aos pacientes, com benefícios que se estendem além da interação imediata, influenciando até mesmo o sistema imunológico, hormonal e neuropsicológico, no qual desempenha um papel importante na tentativa de reintegrar o paciente ao mesmo, à família e na busca pela recuperação da saúde, reduzindo a ansiedade,

solidão, insônia e dor. Essas abordagens não farmacológicas se mostram úteis, complementando os tratamentos convencionais e ajudando na recuperação integral do paciente (NICOLETTI e MANUEL, 2019).

A interação com animais, especialmente com cachorros treinados para realizar esse tratamento, pode oferecer benefícios terapêuticos, como redução do estresse, melhora da sensação de conforto e no estado emocional desses pacientes, auxiliando a criar um ambiente mais acolhedor, contribuindo para o bem-estar dos pacientes durante a internação (SLOMP, *et.al.*, 2023).

Essas reflexões evidenciam a necessidade de considerar as necessidades espirituais e emocionais dos pacientes como parte fundamental do cuidado de enfermagem. Integrar protocolos formais para essa abordagem reforça a importância de um cuidado mais abrangente, humano e individualizado, alinhado com as especificidades e preferências de cada paciente.

Após o debate sobre essas estratégias, foi solicitado aos participantes que apontassem seus celulares para o Qr code e escrevesse palavras até vinte e cinco caracteres para sintetizar as sugestões das estratégias proposta por eles, formando nuvens de palavras, no qual essas foram realizadas na última etapa, destacadas nas imagens a seguir:



musicoterapia  
saber escutar  
acolhimento amor gratidão  
musicoterapia cão terapia  
musicoterapia no banho

**Figura 8** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
Fonte: Participantes do estudo, 24 de novembro de 2023.



conforto paz e gratidão  
 esperança  
 colocar no lugar do outro  
 cuidado integral e humano  
 conforto paz  
 fé gratidão aceitação

**Figura 9** – Percepção sobre religiosidade e espiritualidade  
 Fonte: Participantes do estudo, 30 de novembro de 2023

É evidente que a nuvem de palavras apresenta um resumo conciso, por meio de palavras-chave, das estratégias sugeridas pelos participantes, incluindo termos como conforto, paz, empatia, acolhimento, entre outros. Essas palavras demonstram a importância do cuidado espiritual na UTI e da humanização.

Seguindo essa vertente, a enfermagem deve atender às necessidades da sociedade, não apenas na assistência, mas também na transmissão precisa de conhecimento, com base nos valores humanos e no cuidado pelo bem-estar. O cuidado prestado resulta das práticas, pesquisas e teorias, impulsionadas pelas convicções desse ato (WATSON, 2002).

Considerando o que foi mencionado, as estratégias sugeridas pelos participantes enfatizam a implementação do cuidado espiritual, abarcando aspectos emocionais, espirituais e de bem-estar, que podem ser integrados às práticas de enfermagem na UTI através de um protocolo sistemático e treinamento da equipe. É essencial ajustar essas estratégias de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, garantindo, desse modo, um cuidado espiritual abrangente e compassivo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ofereceu uma perspectiva ampliada sobre a forma como a equipe de enfermagem aborda o cuidado espiritual junto aos pacientes internados UTI. Por meio das experiências compartilhadas pelas participantes, foi possível explorar as nuances entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, ressaltando a importância de uma abordagem individualizada e adaptada às necessidades específicas de cada paciente. Esse entendimento mais profundo destacou a complexidade e a sensibilidade envolvidas no fornecimento de cuidados espirituais, evidenciando a necessidade de uma prática de enfermagem que leve em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também, os aspectos emocionais e espirituais dos pacientes nesse ambiente.

Apesar das dificuldades enfrentadas ao oferecer o cuidado espiritual, a equipe de enfermagem preocupa-se em tornar o ambiente da UTI mais acolhedor e humanizado. Dentre as dificuldades vivenciadas na prestação do cuidado espiritual na terapia intensiva, destacam-se: a complexidade das interações humanas nesse contexto, a influência direta do estado emocional da equipe na qualidade do cuidado, a tendência acidental de negligenciar o aspecto emocional dos pacientes em prol de procedimentos físicos, a sobrecarga emocional gerada pelas exigências da profissão de enfermagem, os desafios na comunicação com pacientes de religiões de matriz africana, as falhas na transmissão de informações durante a passagem de plantão e as dificuldades associadas ao cuidado de pacientes intubados.

No que se refere às facilidades, destacaram-se a liberdade religiosa permitida pela instituição, a orientação dos familiares sobre a interação com os pacientes e a identificação de oportunidades para se comunicar e interagir com os mesmos, observando a importância da sensibilidade, compreensão e capacidade adaptativa por parte da equipe de enfermagem para atender às necessidades emocionais e espirituais dos pacientes críticos.

Outro aspecto revelado no estudo foi o cuidado prestado pela equipe durante a admissão na UTI, no qual esses profissionais conseguem perceber o estado emocional do paciente e abordá-lo de maneira empática e humanizada, transmitindo calma e confiança para o mesmo. Essa diversidade de situações realça a complexidade do cuidado oferecido e sublinha a relevância de uma abordagem holística e personalizada. As estratégias sugeridas pelas participantes enfatizam a necessidade de um protocolo e preparo da equipe para uma abordagem mais empática e humanizada.

Os participantes apontaram algumas estratégias para a prestação do cuidado espiritual como: uso da música, diálogo, acolhimento, empatia, saber escutar, amor, proporcionar

conforto, paz e segurança. Como essas estratégias não fazem parte de sua prática na UTI, a equipe de enfermagem pode se deparar com entraves para o cuidar que não envolve o biológico.

A pesquisa ofereceu à equipe de enfermagem uma oportunidade significativa de reflexão sobre sua prática no cuidado espiritual, levando-os a repensar suas abordagens ao lidar com questões relacionadas a esse aspecto do cuidado. Como resultado, observou-se um aumento na empatia por parte dos profissionais, bem como um maior interesse em desenvolver e implementar estratégias específicas para integrar o cuidado espiritual dentro do ambiente hospitalar. Esse processo de reflexão e reavaliação das práticas desse cuidado demonstra um compromisso crescente da equipe de enfermagem em proporcionar um cuidado mais abrangente e sensível às necessidades espirituais dos pacientes, visando melhorar sua experiência global de cuidado e promover um ambiente de cura mais completo e holístico.

Diante do exposto, conclui-se que para realizar um cuidado espiritual efetivo e de qualidade e estabelecer uma melhor relação equipe/paciente, é essencial ultrapassar as dificuldades que surgem ao prestar esse cuidado, sendo fundamental que a equipe de enfermagem se dedique em compreender e respeitar as escolhas e valores dos pacientes críticos, inserindo esse cuidado de forma leve e criativa de acordo com o perfil das UTIs e nível de orientação desses pacientes, no qual assim, poderão prestar esse cuidado de forma mais abrangente e eficaz.

As limitações do estudo se deram através das próprias crenças e experiências dos pesquisadores, que poderia em algum momento influenciarem na interpretação dos dados coletados e a variação que poderia existir entre os pesquisadores, podendo afetar a consistência e a confiabilidade dos resultados.

Os resultados deste estudo possibilitam ampliar e implementar o cuidado espiritual a pacientes críticos nas UTIs. Destaca-se que a prática de atividades participativas envolvendo a equipe de enfermagem pode ser bem-sucedida, pois permite um diálogo interativo e reflexivo, além de apontar as barreiras e buscar melhorias positiva.

É recomendado que haja uma cuidadosa elaboração e execução de um plano para integrar o cuidado espiritual nas UTI's, levando em consideração as diversas estratégias identificadas e delineadas pelos participantes do estudo. Isso implica não apenas reconhecer a importância do cuidado espiritual nesse ambiente crítico de saúde, mas também, em adotar abordagens específicas que foram sugeridas e validadas pelos profissionais de saúde e outros envolvidos no cuidado aos pacientes. É ressaltado a necessidade de uma abordagem holística e sensível, que considere não apenas as necessidades físicas, mas também, as dimensões

emocionais e espirituais dos pacientes críticos, visando aprimorar a qualidade do cuidado prestado e promover o bem-estar integral dos indivíduos sob cuidados intensivos.

Conclui-se que, para prestar o cuidado espiritual efetivo e de qualidade, e estabelecer uma melhor relação equipe/paciente, é essencial ultrapassar as dificuldades que surgem ao prestar esse cuidado, sendo fundamental que a equipe de enfermagem compreenda e respeite as escolhas e valores dos pacientes críticos, inserindo esse cuidado de forma leve e criativa de acordo com o perfil das UTIs e nível de orientação dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, João Vitor *et al.* Autocuidado espiritual da equipe de enfermagem de um hospital oncológico. **Rev. Pesq Cuid Fundam.** p. 14, ed.11; n. 68, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11068> Acesso em: 24 de nov. de 2022.
- BACKES, Dirce Stein, *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, ed.35; n. 4, p. 438-442. 2011. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf) Acesso em: 08 de fev. de 2023.
- BACKES, Marli Terezinha Stein, *e tal.* O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery **Rev. Enferm.** 2012; v.16, n. 4, p.689-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400007> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mwTzKbFYCSTDYztdYXLz4L/?lang=pt#:~:text=O%20cuidado%20intensivo%20oferecido%20aos,recuperar%20a%20sa%C3%BAde%20dos%20pacientes>. Acesso em: 20 de jun. de 2022.
- BARBOSA, Ana Paula de Magalhães, *et al.* Vivências do centro de terapia intensiva: Visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. **Enf. Foco** 2020; v.11, n. 4, p.161-166. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2990/966> Acesso em: 19 de nov. de 2022.
- BATISTA, Verônica Matos, *et. al.* Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm.** 2022; v. 43: e20210330, p. 1-9 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/mWPrPS6nLk68MdsJqvsWPJf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 de fev. de 2024.
- BOECK, Karine Hoepers, *et.al.* A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho das enfermeiros. **RAHIS**, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde 2019. v. 16, n. 3, p. 15-27. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/5993> Acesso em: 15 de fev. de 2024.
- BOTELHO, Jakeline Oliveira, *et al.* Promoção do cuidado espiritual pelo enfermeiro intensivista. **Rev. Enf. UFPE on-line** 2019; v.13, n. 24, p.16-19. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241619/34009> Acesso em: 29 de nov. de 2022.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD> . Acesso em: 05 de mar. de 2023.
- BRITO, Fabiana Medeiros de, *et al.* Espiritualidade na iminência da morte: estratégias adotadas para humanizar o cuidar em Enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; v.21, n. 4, p. 483-489. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/10013 Acesso em: 09 de jul. de 2022.

BUSANELLO, Josefina, *et al.* Grupo focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 358-364, abril-junho, 2013. Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649271022.pdf> Acesso em: 08 de fev. de 2023.

CASTRO, Ariane da Silva, *etal.* Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Rev. brasileira em promoção da saúde** 2019; v.32, n 32. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8668/pdf> Acesso em: 20 de nov. de 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem. 3 edição. Novembro/ 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/Codigo-de-etica.pdf> Acesso em: 17 de set. de 2023.

CUNHA, Vivian Fukumasu da; ALMEIDA, Amanda Amaral de; PILLON, Sandra Cristina. Religiosidade/Espiritualidade na Prática em Enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, abr./jun. 2022, p. 131-150. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1287/1383> Acesso em: 18 de nov. de 2023

DEAL, Belinda, GRASSLEY, Jane. The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. **Nephrol Nurs J.** 2012; v. 39, n. 6, p. 471-481. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235883807\\_The\\_Lived\\_Experience\\_of\\_Giving\\_Spiritual\\_Care\\_A\\_Phenomenological\\_Study\\_Of\\_Nephrology\\_Nurses\\_Working\\_in\\_Acute\\_And\\_Chronic\\_Hemodialysis\\_Settings](https://www.researchgate.net/publication/235883807_The_Lived_Experience_of_Giving_Spiritual_Care_A_Phenomenological_Study_Of_Nephrology_Nurses_Working_in_Acute_And_Chronic_Hemodialysis_Settings) Acesso em: 16 de set. de 2023.

ECHER, Isabel Cristina, *et.al.* Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74062> Acesso em: 28 de nov. de 2023

ESCOBAR, Lina Maria Vargas, TOLE Mildred Guarnizo, *et al.* Tendencias de investigación em torno al cuidado espiritual de enfermería: Revisión de la literatura. **Revista Investig Saúde** Universidade Boyacá. 2019; v. 6, n. 1, p. 145-169. Disponível em: <https://doi.org/10.24267/23897325.304> Acesso em: 16 de set. de 2023

ESPERANDIO, Mary Rute, *et al.* Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: Reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações**, Belo horizonte, Brasil, 2017, v.12, n. 22, p. 203-222. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2017v12n22p303/12912> Acesso em: 29 de nov. de 2022

ESPORCATTE, Roberto; *et.al.* Espiritualidade: do conceito à anamnese espiritual e escalas para avaliação. **Rev Soc Cardiol** Estado de São Paulo 2020; v. 30, n. 3, p. 306-314 Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1223672/14539786341602079571pdfpt02\\_revisoesp\\_v30\\_03.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1223672/14539786341602079571pdfpt02_revisoesp_v30_03.pdf) Acesso em: 18 de nov. de 2023

FARIA, José Manuel Silva; SOUSA, Patrícia Pontífice; GOMES, Mario João Pinto. Comfort care of the patient in intensive care –an integrative review. **Enfermería Global**. 17, 2 (mar. 2018), p.477–514. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/266321/226651> Acesso em: 20 de mai. de 2022.

FERNANDES, Márcia Astrês *et., al.* Saúde mental dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 9, p. 1437-1444, 2015 Tradução. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201509>. Acesso em: 26 de nov. 2023.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros *et., al.* Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.4, p.1058-1070, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VWg43ZLDFKvDBJZKBL86WNR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 de nov. de 2023

FERREIRA, Ana Karolina dos Santos; SANTOS, Tâmyssa Simões dos. O Uso das Tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva para Adultos pela Equipe de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Mult. Psic.** v.14, n. 51 p. 250-261, julho /2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2546> Acesso em: 05 de jun. de 2022.

FREIRE, Maria Marcia de Oliveira; HOFFMANN, Edla; ELEUTÉRIO, Adriana Paula da Silva. As expressões das desigualdades sociais e econômicas no contexto da UTI Adulto: Desafios profissionais à integralidade do cuidado. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 19, n 2, p.375-387, 22 dez. 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/37587> Acesso em: 22 de mai. de 2022.

GHAHRAMANIAN, Akram, MARKANI, Abdollah Khorrami, DAVOODI, Arefeh, BAHRAMI, Ahad. Spiritual needs of patients with cancer referred to Alinasab and Shahid Ghazi Tabatabaie hospitals of Tabriz, Iran. **Asian Pac J Cancer Prev**. 2016; v. 17, n. 7, p.3105-3109. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307568590\\_Spiritual\\_Needs\\_of\\_Patients\\_with\\_Cancer\\_Referred\\_to\\_Alinasab\\_and\\_Shahid\\_Ghazi\\_Tabatabaie\\_Hospitals\\_of\\_Tabriz\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/307568590_Spiritual_Needs_of_Patients_with_Cancer_Referred_to_Alinasab_and_Shahid_Ghazi_Tabatabaie_Hospitals_of_Tabriz_Iran) Acesso em: 16 de set. de 2023.

GÓES, Maria Georgina Oliveira; CROSSETTI, Maria da Graça de Oliveira. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020; v.4, p.150-190. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/rgenf/v41nspe/pt\\_1983-1447-rgenf-41-spe-e20190150.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/rgenf/v41nspe/pt_1983-1447-rgenf-41-spe-e20190150.pdf) Acesso em: 24 de nov. de 2022

GOMES, Ana Paula Regis Sena; SOUZA, Vanessa Costa; ARAUJO, Mariana de Oliveira. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **HU Rev.** 2020; v.46, p.1-7. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28791/20656> Acesso em: 20 de nov. de 2022.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SANTO, Caren Camargo do Espírito. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; vo.21, n 2, p.261-264.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/download/7214/5210>

Acesso em: 12 de jul. de 2022.

HAINOSZ, Mayara Buguiski; ARCARO, Guilherme; SILVA, Carla Luiza da, *et.al.*

Correlación entre la Escala de dependencia de cuidados de pacientes ingresados en UCI y su perfil epidemiológico. **Enferm. glob**; v. 22, n. 71, p. 110-132, jul. 2023.

Disponível em: <https://revistas.um.es/global/article/view/538111/343471> Acesso em: 17 de set. de 2023

INOUE, Thais Martins; VECINA, Marion Vecina Arcuri. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.** 2017; v. 35, n. 2,

p.127-30. Disponível em: [https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V35\\_n2\\_2017\\_p127a130.pdf](https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V35_n2_2017_p127a130.pdf)

Acesso e: 19 de nov. de 2023.

JESUS, Renan Graciano de. O cuidado de enfermagem e sua relação com a religiosidade. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 05, Ed. 10, v. 14, p. 173-190. Outubro de 2020. ISSN: 2448-0959, Disponível em:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/cuidado-de-enfermagem> Acesso em: 16 de set. de 2022.

KEEGAN, Mark; SOARES, Marcio. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2016; v. 28, n. 3, p.264-269. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/dmrJ6sjXF7Ftptfy6BXwD5z/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 de set. de 2023.

KOENIG, Harold. Religion, spirituality, and health: ThereSearch and clinica l implications. **ISRN Psychiatry.** 2012; Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-278730.pdf> Acesso em: 10 de Jan. de 2022.

LACERDA, Josefa Fernanda Evangelista de, *et.al.* Effective communication in the nurse-patient relationship in the light of Transcultural Interprofessional Practice model. **Rev Rene.** 2021; v. 22, n. 6, p.14-43. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261443> Acesso em: 01 de dez. de 2023

LAMMEL, Tiago Ramos; ROCHA, Leonardo Gotuzzo; ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira *et.al.* Influência da fé e espiritualidade no cotidiano dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde.** 2021; v. 6, p. 01-06. DOI:<https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210050> Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/aop2150.pdf> Acesso em: 16 de nov. de 2023.

LEITE, Kauane Linassi; YOSHII, Tatiane Pedroso e LANGARO, Fabíola. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. **Rev. SBPH [online].** 2018, vol.21, n.2, pp. 145-166. ISSN 1516-0858. Disponível



em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 26 de nov. de 2023.

LIMA, Josefa Nayara de, et.al., Nursing theories in the care of stroke patients: a scoping review. **Rev Bras Enferm.** 2023;76(5):e20220791. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0791pt> Acesso em: 09 de dez. de 2023

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La, YARID, Sérgio Donha, SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Rev. Enf. UFPE on-line.**, Recife, v. 11, n. 25, p.10-17, jun., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23418/19096#:~:text=Ao%20correlacionar%20o%20grau%20de,para%20a%20sa%C3%BAde%20do%20pacient> Acesso em: 29 de nov. de 2022.

LUIZ, Flávia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev Bras Enferm** 2017;70(5):1040-7. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281> Acesso em: 18 de nov. 2023

MARTINS Mateus Rodrigues, *et al.* Assistance to patients eligible for palliative care: the view of professionals from an Intensive Care Unit. **Rev Esc Enferm USP.** 2022; v. 56 e20210429. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429en> Acesso em: 31 de out. de 2022

MASSAROLI, Rodrigo, MARTINI Jussara Gue, MASSAROLI, Aline, LAZZARI, Delacanal Daniele, *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 19, n. 2, p. 252-258, Abr-Jun 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf> Acesso: 06 de mar. De 2023

MAYHUA, Isabel Hilda Hernandez; RONDON, Sonia Velasquez. Efectos del cuidado espiritual en la ansiedad situacional de pacientes quirúrgicos. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 37, n. 1, p. 14-39, marzo 2021. Disponível em <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000100014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100014&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de set de 2023.

MEIRA, Gizélia da Gama, BIONDO, Chrisne Santana, CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da, Nuneset, Emanuelle Caires Dias Araújo. A importância atribuída à espiritualidade como estratégia de enfrentamento do tratamento oncológico. **Rev. baiana enferm.** 2023; v. 37, n.4, p. 38-48. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43848/29628> Acesso em: 17 de nov. de 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias, **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n.7, p. 01-12, abr. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: **pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 407p. 2014.

MIRANDA, Talita Prado Simão, *et.al.* Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial. **Journal of Religion and Health** (2019). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00827-5> Acesso em: 05 de jul. de 2022.

MODESTO, Lucas de Almeida, TELES, Tony Anderson Xavier, *et.al.* A atuação do(a) psicólogo(a) hospitalar na assistência ao paciente crítico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e3649, 30 jul. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3649> Acesso em: 26 de nov. de 2023.

MOREIRA, Deiglis Alves; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ALVES, Vicente Paulo Espiritualidade e a velhice: perspectivas na produção científica Interações, v. 16, n 1, 2021 **Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313066091005> Acesso em: 29 de nov. de 2022

MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araujo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. **BrJP**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GPsLMnwWdYHwccdKTkyjK3v/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 de fev. de 2023.

NASCIMENTO, Elayne Alves; LIMA, Lílian Natália Ferreira; PEREIRA, Catilena Silva; *et. al.* The difficulties of the nursing team in front of humanize assistance in the intensive care unit. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 17262-17272 jan. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Note/Desktop/MESTRADO/disserta%C3%A7ao/ARTIGO%20UTI/DIFICULDADES%20DA%20EQUIPE%20DE%20ENFERMAGEM%20EM%20UTI.pdf> Acesso em: 19 de nov. de 2022.

NASCIMENTO, Francisco Junior do. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Nursing**, 2021; v. 24, n. 279, p. 6035-6039. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1709/1960> Acesso em: 28 de jun. de 2022

NASCIMENTO, Rafael dos Santos, *et.al.* Bem-estar mental de enfermeiros em um hospital de urgência e emergência. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), [S. l.], v. 17, n. 2, p. 34-43, 2021. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.159664. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/159664>. Acesso em: 26 nov. 2023.

NICOLETTI, Maria Aparecida; RODRIGUES MANUEL, Priscila. Terapia assistida por animais (TAA) ou atividade assistida por animais (AAA): incorporação nas práticas integrativas e complementares no SUS. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 248-258, dec. 2019. ISSN 2318-9312. Disponível em: <<https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2554>>. Acesso em: 02 dez. 2023.

NIXON, Aline Victoria, NARAYANASAMY, Aru. & PENNY, Vivian. Uma investigação sobre as necessidades espirituais de pacientes neuro-oncológicos do ponto de vista da enfermeira. **BMC Nurs** v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-2> Acesso em: 24 de nov. de 2022.

OUCHI, Janaina Daniel et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco**. Edição n. 10, Ano: 2018. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf) Acesso em: 09 de jul. de 2022

REISDORFER, Nara et al. Enfermagem em unidade de terapia intensiva: Atenção ao paciente com sintomatologia psiquiátrica. **Rev Enferm UFSM** 2018 Jul./Set. v. 8, n. 3, p.530-543. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769228915> Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28915/pdf> Acesso em: 20 de jun.de 2022.

ROCHA, Daniela Dias, NASCIMENTO, Êmely Cristina do, RAIMUNDO, Luiz Paulo et al. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal. **Mental** - v. 11 - n. 21 - Barbacena-MG - Jul-Dez 2017 - p. 546-560. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a15.pdf> Acesso em: 16 de set. de 2023.

ROSSATO, Lucas et.al. Como acolher a religiosidade/espiritualidade em saúde: experiência com grupo operativo na pós-graduação. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 1–16, 2021. Disponível em: [http://www.seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/e3738](http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3738). Acesso em: 28 de nov. de 2023.

SAAD, Marcelo, et.al. Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos”: Aplicações práticas. **HU Rev** 2020. v. 44, n. 4, p. 499-505. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16964> Acesso em: 20 de set. de 2023

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira, *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc Anna Nery** 2016, v. 20, n. 1, p.48-54. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318007.pdf> Acesso em: 20 de nov. de 2022.

SANDOVAL, Sylvia Álvarez, *etal.* Muerte y moriren el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. **Esc Anna Nery** 2020, v. 24, n. 3, p. e20190287. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v24n3/1414-8145-ean-24-3-e20190287.pdf> Acesso em: 29 de nov. de 2022.

SANTOS, Elisângela Santana; GASTALDI, Andréia Bendine; GARANHANI Mara Lúcia; MONTEZELI Juliana Helena. Acolhimento e processo educativo em saúde a familiares de pacientes internados em UTI adulto. **CiêncCuid Saúde**. 2016; v. 15, n. 4, p.639-46. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33903/18473> Acesso em: 25 de set. de 2022.

SANTOS, Hinara Freitas dos. A espiritualidade na prática do cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva; Orientador Nilton Eliseu Herbes – São Leopoldo: EST/PPG, 2019. 77 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdades EST. Programa de Pós-graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2019. Disponível em: [http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SIFE/1000/1/santos\\_hf\\_tmp648.pdf](http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SIFE/1000/1/santos_hf_tmp648.pdf) Acesso em: 15 de nov. de 2023

SANTOS, Petherson Mendonça, et al. Religious and spiritual support in the conception of nurses and families of criticalpatients: a cross-sectionalstudy. **Rev Esc Enferm USP**. 2021, v. 55 p. 5-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/F9p93NmFqQZywmKQgWZ593M/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 29 de nov. de 2022.

SCHORR, Vanessa et.al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface** (Botucatu). 2020; 24: e190119 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190119> Acesso em: 28 de nov. de 2023

SILVA, Beatriz Francine Fernandes, et al. O papel dos profissionais de enfermagem na equipe multiprofissional em saúde. **Revista InterSaúde**. 2021; v. 1, n. 4, p. 131-140. Disponível em: [http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista\\_intersaude/article/view/204](http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/204). Acesso em: 09 de abr. de 2023.

SILVA, Braian Lourenço da, et.al. Comunicação com pacientes intubados em ambiente de pronto atendimento: revisão de literatura. **Cuid Enferm**. 2021 jan.-jun.; v. 15, n. 1 p. 104-110. Disponível em: <https://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.104-110.pdf> Acesso em: 01 de dez. de 2023.

SLOMP, Marina Santos, et.al. Terapia assistida por animais para o tratamento adjuvante da dor em pacientes pediátricos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 93–108, 2023. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/revista-praticas-interativas/article/view/1320>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SOUZA, Deise Coelho, et.al. A religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar: reflexões e dilemas a partir da prática profissional. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. 2020; v. 28, n 1, p. 55-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n1/v28n1a08.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2023.

SOUZA, Landerlei Andrad, **et. al.** Espiritualidade e bioética nas questões sociais envolvendo a enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 4, p. e276, 9 jan. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/276> Acesso em: 16 de set. de 2023

SUÁREZ, Edinson Fabian Ardila; HOLGUÍN Edith del Socorro Arredondo. Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. **Revista Cuidarte**. 2021, v.12, n1, p. 1229. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1229> Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177820/1229-texto-del-articulo-12851-1-10-20210219.pdf> Acesso em: 31 sw out. de 2022

TALENTO, B. Cap. 18. Jean Watson In: GEORGE,B.J e Cools **Teorias de enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional** 4.ed. Porto Alegre. Artmed 2000. 355p

TAVARES, Amanda Leal et. al. Atenção do enfermeiro em relação a espiritualidade no cuidar do paciente em unidade de terapia intensiva. São Paulo: **Revista Recien**. 2020; v.10, n. 30, p.62-67. Disponível em:[https://www.researchgate.net/publication/342582488\\_Atencao\\_do\\_enfermeiro\\_em\\_relacao\\_a\\_espiritualidade\\_no\\_cuidar\\_do\\_paciente\\_em\\_unidade\\_de\\_terapia\\_intensiva](https://www.researchgate.net/publication/342582488_Atencao_do_enfermeiro_em_relacao_a_espiritualidade_no_cuidar_do_paciente_em_unidade_de_terapia_intensiva) Acesso em: 09 de jul. de 2022.

TLHOWE, *Thalefi*, PLESSIS, Du *Emmerentia*, KOENB *Magdalene*. Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members. **Health SA Gesondheid**. 2017;22:28-35. Disponível em: <https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/1019> Acesso em: 16 de set. de 2023.

TSE, Johnson Wai Keung, HUNG, Maria Shuk Yu, PANG, Samantha Mei Che. Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: **A qua-litative study**. **J Emerg Nurs**. 2016;42(3):224-232. Disponível em: <https://www.jenonline.org/action/showPdf?pii=S0099-1767%2816%2900061-1> Acesso em: 17 de set. de 2023.

VALE, Carla Cristina Soares de Oliveira do; LÍBERO, Ana Carolina Abreu. A espiritualidade que habita o CTI. **Mental - v. 11**– n. 21 - Barbacena-MG - Jul-Dez 2017 - p. 321-338. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a03.pdf> Acesso em: 01 de jul. de 2022.

VERAS, Valdicleia de Jesus, et.al. Impacto da musicoterapia em uma unidade de terapia intensiva em São Luís MA : relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 16900–16907, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n2-356. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24900>. Acesso em: 3 dez. 2023.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira, et. al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 151-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hLNSnmqXq7Kct9tsBqCSMGH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 de set. de 2023.

VOLPATO, Rosa, et al. O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n 24. Dez,2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0281> Acesso em: 29 de nov. de 2022

Watson, Jean. (1999). **Postmodern nursing at Jd beyond**. London, United Kingdom: Churchill Livingstone.

WATSON, Jean. **Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de Enfermagem**. Loures (PT): Lusociência; 2002

Watson, Jean. **Nursing: The philosophy and Science of caring**. Boston: Little, Brown, 1979

WATSON, Jean. **The Philosophy and Science of Caring**. Revised & Updated Edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008

WRIGHT, Lorraine Mae. **Suffering, and spirituality: the path to illness healing**. Alberta: Floor Press; 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**APÊNDICE A - Oficina educativa 1**

**Projeto de pesquisa: CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

**Pesquisador Responsável:** Tânia Maria de Oliva Menezes

**Questão norteadora:** Como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual a pacientes na UTI?

| <b>CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Sexo:</b> [ <input type="checkbox"/> ] Feminino [ <input type="checkbox"/> ] Masculino  | <b>Idade:</b>   | <b>Tempo de Formado(a):</b> |
| <b>Profissão:</b> Téc. De enfermagem. ( <input type="checkbox"/> ) Enfermeiro (a): ( <input type="checkbox"/> )  |   |                             |
| <b>Tempo de atuação na UTI:</b>  | <b>Turno que trabalha:</b> (MT) ( <input type="checkbox"/> ) (SN)( <input type="checkbox"/> ) |                             |
| <b>Durante sua formação profissional participou de algum ensinamento, curso, apresentação, exposição, congresso, sobre o cuidado espiritual?</b><br>Sim( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) |   |                             |
| <b>No setor onde trabalha existe algum protocolo ou instrumento para ser utilizado nos pacientes críticos sobre o cuidado espiritual? Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )</b>          |   |                             |

**1. Descrição do primeiro encontro da oficina: Tempo: 10 minutos**

Na primeira etapa, será realizado uma breve apresentação da pesquisadora e o objetivo da pesquisa, explicando como acontecerá os encontros, e que o mesmo será realizado através do grupo focal.

Posteriormente será solicitado aos participantes que apontem seus smartphones para o Qr code, que irá direcioná-los a uma página da internet no qual estará contido o TCLE para leitura e assinatura virtual e o questionário de caracterização detalhado acima.

**2. Dinâmica quebra gelo e apresentação dos integrantes: Tempo: 10 minutos**

Será solicitado que cada participante se apresente. Em seguida será oferecido uma caixa de chocolate e solicitado para que os participantes peguem o seu favorito. Logo após, será

solicitado para que o participante ofereça para o colega do lado o chocolate escolhido, levando a uma mensagem reflexiva.

### **3. Entendimento sobre religiosidade e espiritualidade: Tempo: 20 minutos**

Após a dinâmica inicial e resposta ao formulário, será colocada uma música com sons da natureza e solicitado aos participantes que expressem, através de desenho, o que entende por religiosidade e o que entende por espiritualidade. Será oferecido: papel, lápis de cor, hidrocor, tesoura, cola.

### **4. Socialização dos desenhos: Tempo: 20 minutos**

Pedir que cada participante mostre o seu desenho, comente e fale o que entende sobre religiosidade e espiritualidade

### **5. Encerramento do encontro: Tempo: 10 minutos**

Será contextualizado o primeiro encontro e dito que no próximo, serão apresentadas as definições de religiosidade e espiritualidade. Será oferecido lanche.





UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**APÊNDICE B - Oficina educativa 2**

---

**Projeto de pesquisa: CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

**Pesquisador Responsável:** Tânia Maria de Oliva Menezes

**Questão norteadora:** Como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual a pacientes na UTI?

---

**1 Descrição do segundo encontro da oficina:**

**1.1 Exposição dialogada: Tempo: 30 minutos**

A segunda etapa se constituirá da prática educativa em uma exposição dialogada, tendo o conceito do que é o cuidado espiritual e a diferenciação de espiritualidade, religiosidade, cuidado espiritual e religioso, e um vídeo de curta metragem, tendo como tema central “A importância do cuidado espiritual no paciente crítico”, que terá como objetivo, levar dados estatísticos da importância desse cuidado e melhorias dos mesmos na saúde desses pacientes, não ultrapassando 30 minutos de duração.

**2.2 Debate de grupo: Tempo: 40 minutos**

Em seguida, abrirá um debate com o grupo sobre a abordagem apresentada, levantando os seguintes questionamentos:

- 1. Diante da exposição dos conceitos, como você prestaria o cuidado espiritual aos pacientes críticos?**
- 2. De acordo com o cenário da UTI, quais são as facilidades para prestar o cuidado espiritual?**
- 3. Quais as dificuldades encontradas para prestar o cuidado espiritual?**

Nesse segundo momento, as perguntas serão respondidas de forma oral, entre o grupo, com o objetivo de construir um novo conhecimento com todos os envolvidos através da exposição individual de ideias ao pensar no bem estar espiritual do paciente e como fazer para implementar ou melhorar esse cuidado.

**2.3 Entrega de material para o próximo encontro**

Após a realização das atividades planejadas nessa etapa, será informado o envio de um artigo sobre o cuidado espiritual para o e-mail pessoal de cada participante, para aprimorar o conhecimento sobre o que foi falado e ser usado de instrumento para o próximo encontro. Em seguida, será oferecido um lanche para os participantes.



### APÊNDICE C - Oficina educativa 3

---

**Projeto de pesquisa: CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**

**Pesquisador Responsável:** Tânia Maria de Oliva Menezes

**Questão norteadora:** Como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual a pacientes na UTI?

---

#### **1 Descrição do terceiro encontro da oficina:**

Após a realização das atividades aplicadas nas oficinas anteriores, debatido a proposta de como realizar esse cuidado na UTI e com a hipótese de possível mudança e evolução do modo de pensar sobre o cuidado espiritual, no primeiro momento desse encontro será levantado as seguintes questões:

- 1. Como a equipe de enfermagem pode atuar no cuidado espiritual com pacientes críticos?**
- 2. Levantamento de estratégias para melhorar o cuidado espiritual na UTI**

Após ser respondida de forma oral o primeiro questionamento e levantado as estratégias para a melhora do cuidado no setor de terapia intensiva, a pesquisadora solicitará que os participantes peguem seus smartphones e mirem em um QR code que os irá direcionar para uma pagina de criação de nuvem de palavras, no qual esses colocarão palavras ou frases pequenas de até 25 caracteres para uma estratégia ativa para o cuidado espiritual.

Em seguida, haverá o coffee break e agradecendo a participação de todos enfatizando a importância da contribuição dos mesmos nessa pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

---

Título do Estudo: **CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA.**

Pesquisador Responsável: **TÂNIA MARIA DE OLIVA MENEZES**

---

Prezado (a) Sr (a)

Convido o Sr. (a) para participar, de maneira voluntária, na pesquisa: **“Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem intensivista”**. Esta tem como objetivo geral: **Compreender como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual na UTI.**

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O cuidado espiritual da equipe de enfermagem a pacientes críticos é relevante e possibilita possíveis ações de melhoria do cuidado inerente a essa profissão.

Sua participação consiste em fazer parte de uma oficina educativa, preencher um instrumento inicial. Sua colaboração é importante, uma vez que contribuirá para o conhecimento e maior compreensão da equipe de enfermagem sobre o cuidado espiritual em pacientes críticos. Maior conhecimento possibilita melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes e promoção do bem estar espiritual. A pesquisadora realizará a coleta em datas e horas previamente agendadas. O tempo previsto para a entrevista é variável. Será registrada através de um gravador mp3 do celular, sendo após transcrita para melhor análise. O (a) senhor (a) poderá solicitar, a qualquer momento, a escuta da gravação e ficará a vontade para acrescentar as informações que achar necessário. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas.

As informações dadas serão úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, você estará contribuindo para a produção de conhecimento e melhoria da saúde, por favorecer a organização do cuidado após algum internamento em uma UTI.

Mesmo não previsto, esta pesquisa poderá causar constrangimento durante a entrevista, no entanto, caso isso aconteça, pedimos para que você nos comunique, no momento, ou logo a seguir a situação. Informamos que o próprio pesquisador dispõe de formação e está instrumentalizado para interceder em possíveis situações desta natureza. Em relação a outros tipos de risco associados ou decorrentes da pesquisa, existe o risco de quebra da confidencialidade dos dados. No entanto, mesmo não previsto, se você tiver qualquer dano decorrente da sua participação na pesquisa, garantimos o seu direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e nem haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a entrevista. Entretanto, mesmo não previsto, se você tiver gastos decorrentes da pesquisa, você será ressarcido. O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.



São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;
- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, mesmo depois de assinado este documento, não será, por isso, penalizado de nenhuma forma;
- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;

Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a) e a outra via ficará com os pesquisadores.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas fases da pesquisa.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Carleane Macedo Ferreira, pelo telefone (71) 98142-9192 e/ou pelo e-mail carleane\_mf@hotmail.com.

Esta pesquisa teve os aspectos relativos à Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos analisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA). Em caso de dúvidas sobre a ética desta pesquisa ou denúncias de abuso, procure o CEP, que fica localizado na Rua Dr. Augusto Viana, S/n - Canela, SALVADOR (BA) - CEP: 4011060; FONE: (71) 3283-8043 / E-MAIL: cep.hupes@ebserh.gov.br.

### Declaração de Consentimento

Eu, Sr. (a) \_\_\_\_\_ abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa (**Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem intensivista**) e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que aceito em participar deste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Orientador

Eu, Tânia Maria de Oliva Menezes, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**APÊNDICE E- Carta convite**

**Prezados.**

Chamo-me Carleane Macedo, enfermeira emergencista, intensivista e mestranda em enfermagem.

Venho através do intermédio da coordenação da referente UTI, convida-los a participar de uma pesquisa-ação que se dará no horário \_\_\_\_\_, que será realizado no dia \_\_\_\_\_

Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo: Compreender como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual na UTI.

Esse estudo se refere a realização da dissertação do mestrado em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A pesquisa se dará em 3 momentos em forma de oficina, através de grupo focal, no qual será realizado desenvolvimento da atividade central, com o compartilhamento de experiências e reflexões.

Todas as informações obtidas no estudo serão anônimas, não divulgando em nenhuma hipótese a identidade dos participantes! O uso das informações estará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

A participação nesse estudo contribuirá para a melhoria da assistência relacionada a temática. Conto com a colaboração de todos!



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



**ANEXO A - Carta de anuência**

07/05/23, 17:52

SEI/SEDE - 29602803 - Carta - SEI



Complexo  
HUPES

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Rua Doutor Augusto Viana, s/nº - Bairro Canela  
Salvador-BA, CEP 40110-060  
- <http://hupes.ebserh.gov.br>

**Carta - SEI nº 36/2023/SGPIT/GEP/HUPES-UFBA-EBSERH**

Salvador, 04 de maio de 2023.

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "**CUIDADO ESPIRITUAL PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA**", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **TANIA MARIA DE OLIVA MENEZES**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

**O projeto está exequível. Todos os documentos referentes ao projeto devem ser incluídos na Plataforma Brasil** (cadastrar para o Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES - CNPJ 15.180.714/0002-87), **incluindo esta carta de anuência**. Após a inclusão na Plataforma Brasil, a folha de rosto será gerada, assinada pelo pesquisador responsável e **devolvida escaneada, por e-mail, ao SGPIT/GEPE/HUPES** ([sgpit.hupes@ebserh.gov.br](mailto:sgpit.hupes@ebserh.gov.br)). Quando obtivermos a assinatura do superintendente, a folha de rosto será reenviada ao pesquisador para finalização da submissão à Plataforma Brasil.

O presente projeto teve exequibilidade aprovada constando as anuências dos seguintes Setores/Unidades:

- \* **Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos Adulto** - Rodrigo Silva Gomes
- \* **Divisão de Enfermagem** - Rosana Santos Mota

**O SGPIT não avalia o conteúdo do TCLE/Assentimento/Dispensa, o que será feito pelo CEP.**

*(assinada eletronicamente)*

Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica

07/05/23, 17:52

SEI/SEDE - 29602803 - Carta - SEI



Documento assinado eletronicamente por **Livia Brito Oliveira, Analista Administrativo**, em 04/05/2023, às 16:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **29602803** e o código CRC **9E4C2FD7**.

---

Referência: Processo nº 23534.007212/2023-90 SEI nº 29602803





UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



**ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA e HUPES/UFBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem intensivista.

**Pesquisador:** Tânia Maria de Oliva Menezes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69988623.3.0000.0049

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.124.190

**Apresentação do Projeto:**

A UTI é caracterizada como um setor exclusivo de realização da prestação de cuidados a pacientes em estado de saúde crítico, instáveis e com risco de morte, que necessitam de assistência à saúde especializada constante, sendo considerada uma área de alta complexidade, devido ao uso de aparatos técnicos científicos, materiais e tecnologias exclusivas, monitorização multiparamétrica ininterrupta, rotinas e procedimentos específicos, objetivando melhora do prognóstico inicial do paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender como a equipe de enfermagem atua na prestação do cuidado espiritual na UTI.

**Objetivo Secundário:**

1. Verificar, junto à equipe de enfermagem, como prestam o cuidado espiritual;
2. Descrever as facilidades e dificuldades da equipe de enfermagem para prestar o cuidado espiritual na UTI;
3. Levantar, junto à equipe de enfermagem, estratégias que possam melhorar a prestação do cuidado espiritual na UTI;
4. Descrever ações da equipe de enfermagem intensivista na prestação do cuidado espiritual;

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3646-3450

**Fax:** (71)3646-3524

**E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS DA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
 BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.124.190

5. Entender qual o significado da espiritualidade para a equipe de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Mesmo não previsto, esta pesquisa poderá causar constrangimento durante a entrevista. Em relação a outros tipos de risco associados ou decorrentes da pesquisa, existe o risco de quebra da confidencialidade dos dados.

Benefícios:

Contribuição para o conhecimento e maior compreensão da equipe de enfermagem sobre o cuidado espiritual em pacientes críticos. Maior conhecimento possibilita melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes e promoção do bem estar espiritual.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

vide conclusões

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

vide conclusões

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação dos termos obrigatórios, estando em consonância com a Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde, não sendo identificadas pendências, dá-se pro APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3646-3450

**Fax:** (71)3646-3524

**E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 PROF. EDGARD SANTOS DA  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
 BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.124.190

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, a cada 6(seis) meses e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                        | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2143832.pdf | 23/05/2023<br>19:00:58 |                              | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FR_Tania.pdf                                  | 23/05/2023<br>19:00:26 | CARLEANE MACEDO              | Aceito   |
| Outros  | termo_de_responsabilidade.pdf                 | 18/05/2023<br>09:30:02 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Outros  | TCUD.pdf                                      | 18/05/2023<br>09:29:19 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Outros  | Equipe_detalhada.pdf                          | 18/05/2023<br>09:28:31 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Outros  | Carta_de_anuencia.pdf                         | 18/05/2023<br>09:24:58 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Cronograma  | CRONOGRAMA.pdf                                | 18/05/2023<br>09:23:48 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Orçamento   | ORCAMENTO.pdf                                 | 18/05/2023<br>09:23:35 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.pdf                                   | 18/05/2023<br>09:22:06 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                      | 18/05/2023<br>09:21:53 | Tânia Maria de Oliva Menezes | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3646-3450 **Fax:** (71)3646-3524 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. EDGARD SANTOS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA ç HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 6.124.190

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 16 de Junho de 2023

---

**Assinado por:**  
**NATANAEL MOURA TEIXEIRA DE JESUS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3646-3450 **Fax:** (71)3646-3524 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br