



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

SILVANA TOZZO RITTA

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE:
REFLEXÕES CUIDADOSAS OU CONEXÕES PARA O CUIDADO?
ESTUDO DE CASO NA CRISE SANITÁRIA – COVID-19

PORTO ALEGRE
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Ritta , Silvana Tozzo
Saúde e Espiritualidade: Reflexões cuidadosas ou
conexões para o cuidado? Estudo de caso na crise
sanitária -Covid 19 / Silvana Tozzo Ritta . -- 2021.
85 f.
Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Pandemia e espiritualidade . 2. Percepção sobre
espiritualidade no cotidiano vivenciado por
profissionais da saúde . 3. Saúde e espiritualidade .
I. Albuquerque, Paulo Peixoto de, orient. II. Título.

SILVANA TOZZO RITTA

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE:
REFLEXÕES CUIDADOSAS OU CONEXÕES PARA O CUIDADO?
ESTUDO DE CASO NA CRISE SANITÁRIA – COVID-19

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

PORTO ALEGRE
2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me colocou neste desafio, pois Ele sabe de todas as coisas.

A minha família, que não me permitiu parar pelo caminho e entendeu quando não lhes respondia naquilo que me ausentei.

As duas grandes amigas, Ana Lucia Maciel e Michelle Santarém, que mais do que não me deixarem parar no caminho, me deram a mão para prosseguir. Essa gratidão ficará guardada para sempre, independente dos percursos.

Aos colegas que se dispuseram a relatar suas experiências no trabalho durante a pandemia de Covid-19, a dividir comigo de forma sincera e emocionada suas vivências de medo, dor, angústia, superação, cuidados múltiplos consigo, pacientes e familiares, jornadas de superação e vitória.

Ao PPG Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com um corpo docente competente e que, em tempos de pandemia e atrasos de entregas, nunca desistiram da minha formação.

Aos colegas do PPG, pessoas diferentes, com diversidade de saberes e tão iguais na parceria e amizade, fazendo da construção do conhecimento uma tarefa harmoniosa e gratificante.

À Acerte Educação, na pessoa da Anna Paula, que além de amiga e revisora, também orientou os primeiros e solitários passos.

A alguns colegas de trabalho que me ouviram, apoiaram, trocaram plantões e torceram para que concluísse a proposta inicial.

À enfermagem, profissão tão linda que me encanta, me sustenta e me faz querer ser um pouco melhor a cada dia.

E, por fim, mas não de menor importância, porque me remeto aos tempos que ainda corria as maratonas, em que os aplausos eram para os primeiros e os últimos, como recompensa de superação, o meu agradecimento aquele que correu junto, em um tempo menor que proposto, mas com tremenda competência e principalmente empatia e humanidade, adjetivos tão citados nesse trabalho, o Professor Paulo Albuquerque. Você me tirou da feira! Você me deu a mão para me tornar mestre!

E, naquilo que acredito, entrego a Deus a vida e o caminhar de todas essas pessoas. Abençoe-as todos os dias!

“A tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue”.
H. M. Sass

“A ciência sem religião é paralítica; a religião sem a ciência é cega”.
Albert Einstein

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Covid-19 no Rio Grande do Sul, Casos confirmados	15
Figura 2 – Covid-19 no Rio Grande do Sul, Número de óbitos por data de inclusão	15
Figura 3 – Hospitalizações no Rio Grande do Sul.....	16
Figura 4 – Casos e óbitos por unidade federada (UF)	17
Figura 5 – Uma chave decodificadora.....	34
Figura 6 – Logística e articulação metodológica utilizada para modelação de informações.....	40
Figura 7 – Divisor de águas.....	56
Figura 8 – Exemplos de experiências dos profissionais de saúde no mundo	62
Figura 9 – Uma presença estampada	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fundamentos de Definição para Espiritualidade	30
Quadro 2 – Percepção do lugar da espiritualidade na formação (Marcador – Formação).....	43
Quadro 3 – Percepção do lugar da espiritualidade no plano terapêutico (Marcador – Plano Terapêutico)	45
Quadro 4 – Percepção do lugar da espiritualidade junto aos protocolos (Marcador – Protocolos)	49
Quadro 5 – Percepção do lugar da espiritualidade na abordagem dos cuidados (Marcador – Abordagem)	51
Quadro 6 – Percepção do lugar da espiritualidade no cotidiano vivenciado (Marcador – Outros registros sobre o tema).....	54

RESUMO

Este trabalho é resultado de alguns encontros; encontros inesperados. O primeiro encontro inesperado foi com o vírus SARS-CoV-2, mais conhecido como Covid-19, a partir do qual desenvolvemos este trabalho. O objetivo é analisar as situações de conexão entre saúde e espiritualidade que ocorreram durante o atendimento dos pacientes acometidos por Covid-19 pela equipe multiprofissional em áreas hospitalares do estado do Rio Grande do Sul durante a pandemia da Covid-19, identificando, comparando e relatando essa experiência. Na metodologia, optamos por um estudo de caso exploratório, cujo intento foi, essencialmente, descrever toda a complexidade de um caso concreto, uma vez que o tema é ainda muito novo, inesperado, com poucos estudos, de modo a capturar um momento único para estudos futuros. As fontes de evidências utilizadas na pesquisa combinaram diferentes técnicas: observação participante pela pesquisadora e entrevistas semi-estruturadas, elementos de uma abordagem compatível e que preserva características significativas da vida real. As narrativas foram organizadas em quatro grandes eixos, são eles: formação, plano terapêutico, abordagem humanizada e protocolos (marcadores). Isso possibilitou reflexões e observações entre relatos e observações da pesquisadora baseados na análise proposta por Minayo (2009), bem como através de diálogos com autores que transitam pelo tema. Este estudo está vinculado ao projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer nº 4.131.571 e CAAE: 32560920.0.1001.5327. Os resultados mostraram que a crise sanitária trouxe um medo que permeou todos os ambientes hospitalares e as comunidades envolvidas. Ademais, a necessidade da construção de um novo fazer, incluindo o cuidado espiritual no plano terapêutico de forma clara e direta, baseada em estruturas éticas e humanizadas. Concluímos esta dissertação no que nos propomos a investigar, não só relatando as principais experiências de superação de obstáculos e expressão de experiências com o sagrado no processo de cuidar dos indivíduos (paciente e familiares, equipe de trabalho), como também propondo um objeto pedagógico (podcast), que tem por função complementar propostas de capacitação no e para o trabalho.

Palavras-chaves: pandemia; espiritualidade; religiosidade; crise sanitária; Covid-19, educação

ABSTRACT

This work is the result of some encounters; unexpected encounters. The first unexpected encounter was with the SARS-CoV-2 virus, better known as Covid-19, from which we developed this work. The objective is to analyze situations of connection between health and spirituality that occurred during the care of patients with Covid-19 by the multidisciplinary team in hospital areas in the state of Rio Grande do Sul during the Covid-19 pandemic, by identifying, comparing and reporting that experience. In the methodology, we opted for an exploratory case study, which purpose was essentially to describe the entire complexity of a concrete case, since the theme is still very new, unexpected, with few studies, in order to capture a unique moment for future research. The sources of evidence used in this research combined different techniques: participant observation by the researcher and semi-structured interviews, elements of a compatible approach that preserves significant characteristics of real life. The narratives were organized into four main axes, namely: academic background, therapeutic plan, humanized approach and protocols (markers). This allowed reflections and observations between the reports and observations of the researcher based on the analysis proposed by Minayo (2009), as well as through dialogues with authors who transit through the theme. This study is linked to the project approved by the Ethics and Research Committee of the HCPA, opinion nº 4.131.571 and CAAE: 32560920.0.1001.5327. The results showed that the health crisis caused a fear that permeated all hospital environments and the involved communities. Furthermore, the need to build a new action, by including spiritual care in the therapeutic plan in a clear and direct way, based on ethical and humanized structures. We conclude this dissertation in what we propose to investigate, not only reporting the main experiences of obstacles overcoming and expressing experiences with sacred in the process of caring for individuals (patient and family, work team), but also proposing a pedagogical object (podcast), which function is to complement training proposals in and for work.

Keywords: pandemic; spirituality; religiosity; health crisis; Covid-19.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: APRESENTAÇÃO – NOS ENCONTROS UM TEMA	9
2	NO ENCONTRO DE UM TEMA: UMA PROBLEMÁTICA	13
2.1	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PANDEMIA COVID-19	14
2.2	REPERCUSSÕES PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE.....	17
2.3	REPERCUSSÕES PARA EQUIPES E FAMÍLIA.....	19
3	NO ENCONTRO DE UMA PROBLEMÁTICA: UM MODO DE PENSAR O TRABALHO	21
4	NO ENCONTRO DE UMA LÓGICA DE PENSAR: OS LIMITE DE UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	22
5	NA ANÁLISE DE UM CONTEXTO E DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: UMA LÓGICA SOCIAL	24
5.1	CRENÇA/ ESPIRITUALIDADE.....	28
5.2	UMA POSSÍVEL CHAVE ANALÍTICA PARA ENTENDIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADO NA SAÚDE NA PANDEMIA	33
6	NO ENCONTRO DE UMA LÓGICA SOCIAL: A POSSIBILIDADE OU ESPERANÇA DE MUDAR	38
6.1	METODOLOGIA	38
6.1.1	Tipo de Estudo.....	38
6.1.2	Local do Estudo.....	38
6.1.3	Participantes	39
6.1.4	Coleta de Dados.....	39
6.1.5	Análise dos dados	41
6.1.6	Aspectos éticos	41
6.2	ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	42
7	NO ENCONTRO DA ESPERANÇA DE MUDAR: UM OBJETO PARA PROMOVER A MUDANÇA.....	56
7.1	DISCUSSÃO	56

7.2	O TEXTO PRODUTO TÉCNICO	64
7.2.1	Produto técnico: PODCAST “DROPS: Pensamentos de Cuidado!”	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	77
	ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO: APRESENTAÇÃO – NOS ENCONTROS UM TEMA

Este trabalho é resultado de alguns encontros; encontros inesperados. O primeiro encontro inesperado foi com o vírus SARS-CoV-2, mais conhecido como Covid-19, que sobrecarregou o sistema imunológico das pessoas a ponto de a Organização Mundial de Saúde (OMS), em janeiro de 2020, caracterizá-lo como uma pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021a). Fato que não acontecia desde os anos 1918, na época da gripe espanhola (NEUFELD, 2020).

Resultou de outro encontro inesperado, após um plantão, no sábado de manhã e na feira-livre. Convém reproduzir o diálogo:

- Bom dia! Que bom te ver, apesar da máscara!
- É mesmo...vejo que estás bem...
- É, mas quem vê cara, não vê coração!
- Tens razão, mas não impede o bom de te ver.
- E o mestrado: terminando?
- Que nada. A crise não é só do Covid, é minha também. Estou muito cansada, sobrecarga de trabalho, ambiente pesado, ansiedade, medo, desesperança... Haja força de vontade para trabalhar um texto ou fazer uma reflexão.
- Como assim?
- Estou com problema, meu tema perdeu o sentido... Não tenho mais vontade de continuar.
- Como assim, não tens tema? Como assim, não tens problema? E o teu cotidiano de trabalho? Tudo que acontece no dia a dia ou noite a noite?

O terceiro encontro foi com a poesia de Fernando Sabino:

De tudo ficaram três coisas...
 A certeza de que estamos começando...
 A certeza de que é preciso continuar...
 A certeza de que podemos ser interrompidos
 antes de terminar...
 Façamos da interrupção um caminho novo...
 Da queda, um passo de dança...
 Do medo, uma escada...
 Do sonho, uma ponte...
 Da procura, um encontro! (SABINO, 1981, p. 154, adaptado pela autora).

Assim sendo, o leitor encontrará neste trabalho a reflexão sobre o cotidiano de trabalho do cuidado na saúde. Nesta dissertação, não pretendo fazer sociologia do trabalho. O objetivo é analisar a organização e a evolução do mundo do trabalho dentro da organização hospitalar e das trocas sociais, refletindo a partir das experiências de profissionais da saúde e da forma como atuaram na pandemia. Isso

porque entendo que, no modo de atuar, está a materialização de um modelo de formação e capacitação profissional.

Minha justificativa de pesquisa partiu do pressuposto de que, para o cuidado de si e do outro, é necessário atribuir importância aos valores e às crenças de cada pessoa envolvida no cuidado, seja paciente ou profissionais da saúde. Ainda, que as manifestações de espiritualidade se fazem fortemente presentes não só nos momentos de crise, mas também como fator importante para a cura das pessoas.

Entendo que este trabalho poderá servir como registro de um momento singular vivenciado pelos profissionais da saúde e que pode servir, por sua reflexão, como pista para uma conexão de temas aparentemente distantes – saúde e espiritualidade –, no sentido de que tanto saúde quanto espiritualidade são conceitos aprendidos na compreensão humana entre o “profano” e o “sagrado”. Independente da crença, o que é mais significativo é como acontece um agir diferenciado quando se pensa Ensino na Saúde.

Lembramos, aqui, que o Ensino na Saúde não só é relevante para os fatores da formação ou da aprendizagem, como também para a necessidade de materializar a “atenção humanizada” como pressuposto para enfrentar esta nova situação de trabalho dos profissionais de saúde. Por exemplo, quando o profissional de saúde assiste ao paciente diagnosticado com Covid-19 que se despede do seu familiar na porta de acesso ao hospital, pois a situação pandêmica não permite acesso da família e/ou dos acompanhantes em ambientes hospitalares. Esta é uma situação nova para os cuidadores da sua saúde, agora não só cuidadores, como também seus guardiões como pessoa humana.

No segundo capítulo, intitulado “No encontro de um tema: uma problemática”, busco evidenciar a importância da espiritualidade e da religiosidade no contexto de atendimento a saúde. Isso, visando provocar algumas mudanças, seja no processo de trabalho multiprofissional, ou no processo de educação em saúde. A temática pode ter implicações no trabalho de enfermagem e demais membros da equipe de saúde e repercutir na situação de atendimento do paciente. No terceiro capítulo, intitulado “No encontro de uma problemática: um modo de pensar o trabalho” versa sobre o fato de não restar dúvida que, durante a pandemia, a conexão entre modelo biomédico e espiritualidade ou religiosidade se evidenciou. Fato esse diretamente ligado ao atendimento e às inúmeras internações por Covid-19. Foi nesse período que, aos serviços de enfermagem, se apresentou a

necessidade de lidar com a crença dos envolvidos no processo de cuidados (pacientes) não somente para humanizar o atendimento, como pela necessidade de ter um cuidado integral a estes pacientes.

O quarto capítulo é intitulado “No encontro de uma lógica de pensar: os limites de uma atuação profissional”, pois foi o período de pandemia que contribuiu para percebermos a importância de outras visões sobre cuidar de forma individual e comunitária, sendo a espiritualidade é uma delas. Em meio a essa crise sanitária, o uso exclusivo de conceitos racionalistas e cientificistas abriu, de certa forma, espaço para ideias subjetivas e particulares dos seres humanos de forma individual, como seus princípios éticos, morais e de suas crenças, formando conjunturas complexas e que podem alterar inesperadamente a nossa existência como sociedade.

No quinto capítulo, intitulado “Na análise de um contexto e da atuação profissional: uma lógica social”, trouxemos a fala e o pensar dos profissionais da saúde. Nestas narrativas, o modo como o momento da crise sanitária impactou no seu pensar: no que diz respeito aos desafios do dia a dia no ambiente de trabalho. Também destacando as mudanças que este momento sugere e insinua não só como sociedade, mas também no modo como trabalhamos ao promover outra relação com os pacientes: mais empática, compreensiva, identificadora no contato e no convívio com situações agudas de sofrimento extremo. Nesse contexto, os objetivos específicos são: identificar situações de mudanças acerca da percepção de saúde e espiritualidade por parte dos profissionais de saúde; comparar a partir dos relatos em que situações os profissionais da saúde sentiram-se preparados frente às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes; e relatar as principais experiências de superação de obstáculos e expressão de experiências com o sagrado no processo de cuidar dos indivíduos (paciente e familiares, equipe de trabalho).

No sexto capítulo, intitulado “No encontro de uma lógica social: a possibilidade ou esperança de mudar”, apresentamos nossas considerações finais relativas a e derivadas daqueles encontros anteriores: pelas perdas de pessoas queridas, pelo encontro de nossa incapacidade de cumprir a tarefa de salvar, pelo encontro de um pensar que aponta para uma busca do sagrado, principalmente quando a ciência já não possui respostas ou solução para os casos a ela apresentados.

Por fim, o sétimo capítulo é intitulado “No encontro da esperança de mudar: um objeto para promover a mudança”, porque não basta somente aceitar e compreender que, apesar de a ciência entender a sintomatologia, precisamos realizar e propor alternativas aos procedimentos e às medicações. A razão de ser de um programa de pós-graduação como Ensino na Saúde não só aponta os limites de uma situação entre ciência e fé, paciente e equipe, mas propor elementos para dar conta da situação analisada.

Façamos da interrupção um caminho
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Dos encontros inesperados, outros protocolos de cuidado!
(SABINO, 1981, p. 154, adaptado pela autora).

2 NO ENCONTRO DE UM TEMA: UMA PROBLEMÁTICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que um surto da doença Covid-19, causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), foi identificado na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, no final do ano de 2019. Pouco tempo depois, a doença Covid-19 se espalhou dramaticamente: o número de casos aumentou rápida e gradualmente. Esse aumento meteórico de casos resultou em uma demanda sobrecarregada por recursos médicos, muitas vezes excedendo os recursos disponíveis dos sistemas de saúde em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021a).

Pelo exponencial número de casos novos e o número de mortes relacionadas à doença, o surto expôs uma emergência de saúde pública global – o mais alto nível de alerta da OMS, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia global e o termo “pandemia” se refere a como a doença se distribui geograficamente e não à sua gravidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021a).

A doença Covid-19 é uma doença respiratória infecciosa, causada por um novo coronavírus identificado. Os efeitos dessa nova forma da doença podem ser de leve a moderado na maioria dos contaminados. Os cuidados para evitar o contágio ou proliferação podem ser simples como distanciamento social, lavagem de mãos, uso de máscaras, como barreira respiratória e álcool gel (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021b).

Uma em cada seis pessoas infectadas por Covid-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. A doença pode ser mais agressiva a pacientes com doenças crônicas respiratórias, cardíacas, oncológicas ou com alguma comorbidade adicional, como obesidade ou tabagismo. Ainda, o fator idade também pode estar relacionado diretamente ao desfecho final da doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021b).

Recentemente, foi produzida a vacina e já estão sendo vacinadas diversas populações no mundo todo. Contudo, ainda há um grande grupo da comunidade científica mundial trabalhando em pesquisas para definir com rapidez e segurança o tratamento eficaz para a recente doença, assim como identificar suas possíveis

sequelas, visando à diminuição de danos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

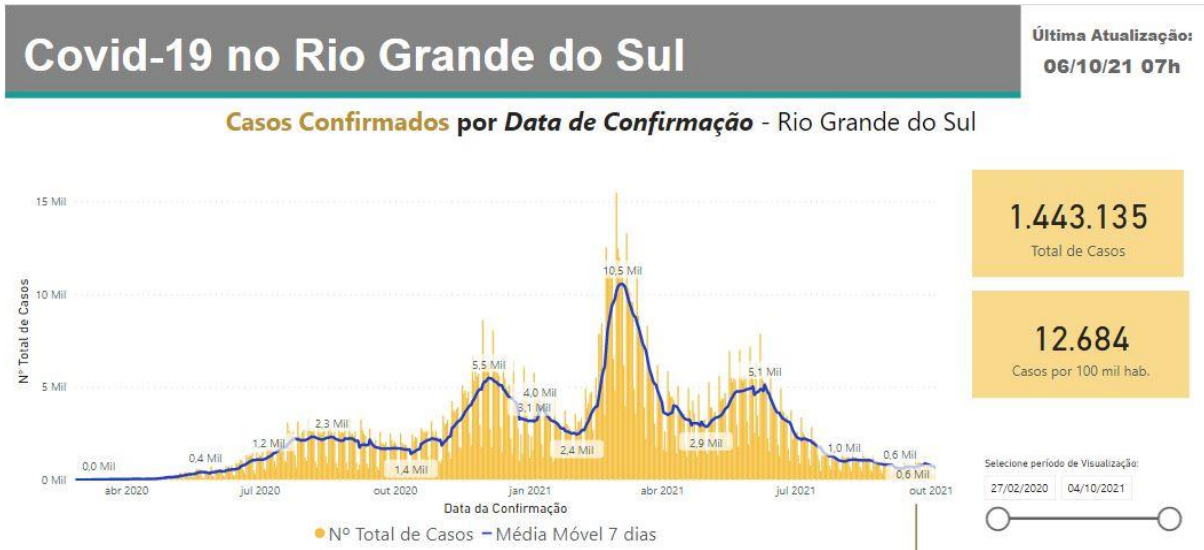
2.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PANDEMIA COVID-19

No mundo, no dia 28 de agosto de 2021, foram confirmados 215.986.748 casos de Covid-19 e como números distribuídos da seguinte forma contando números acumulados: Estados Unidos (38.760.363), Índia (32.695.030), Brasil (20.728.605), França (6.813.516) e Rússia (6.766.667). Em relação aos óbitos, foram confirmados 4.494.510 no mundo até o dia 28 de agosto de 2021 sendo Estados Unidos o país com maior número acumulado de óbitos (637.254), seguido do Brasil (579.010), Índia (437.830), México (257.906) e Peru (198.031) (BRASIL, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) foi notificado pela primeira vez de um caso confirmado de Covid-19 em 26 de fevereiro de 2020. As informações diárias passadas pelas secretarias estaduais de saúde ao MS até 28 de agosto de 2021, notificaram 20.728.605 casos confirmados e 579.010 óbitos por Covid-19 no Brasil. Para o país, a taxa de incidência acumulada foi de 9.788,90 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 273,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

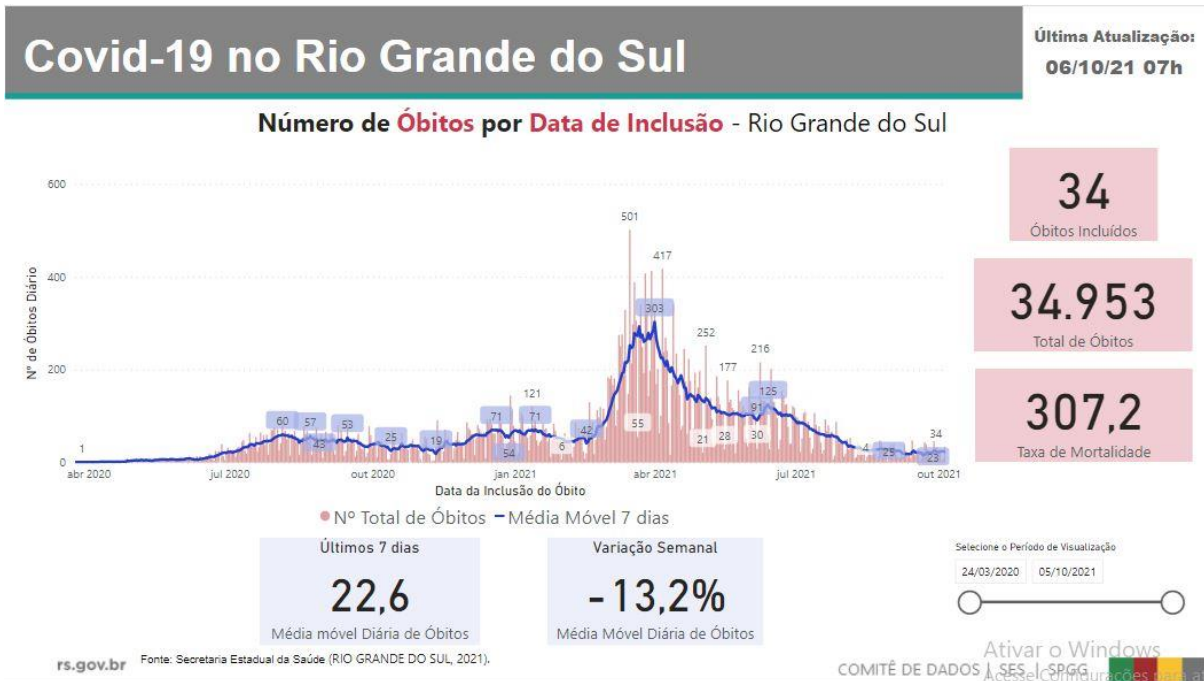
No RS, com base de dados de 05/10/2021, os números totais de casos confirmados para Covid-19 são de 1443.135, conforme a Figura 1. O RS é o quarto estado com maior número de registros de contaminados no Brasil e o número de óbitos foi de 37.953 (Figura 2), ocupando o vigésimo terceiro lugar em número de óbitos com média de 307,2/100 mil hab. Em relação ao número de internações, a Figura 3 mostra que o ápice de internações ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2021, quando as taxas de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) alcançaram os 110%, conforme apresentamos tabelas abaixo obtidas no site da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), do Centro de Operações edEmergência Do Rio Grande Do Sul (COERS) em 6/10/2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Figura 1 – Covid-19 no Rio Grande do Sul, Casos confirmados



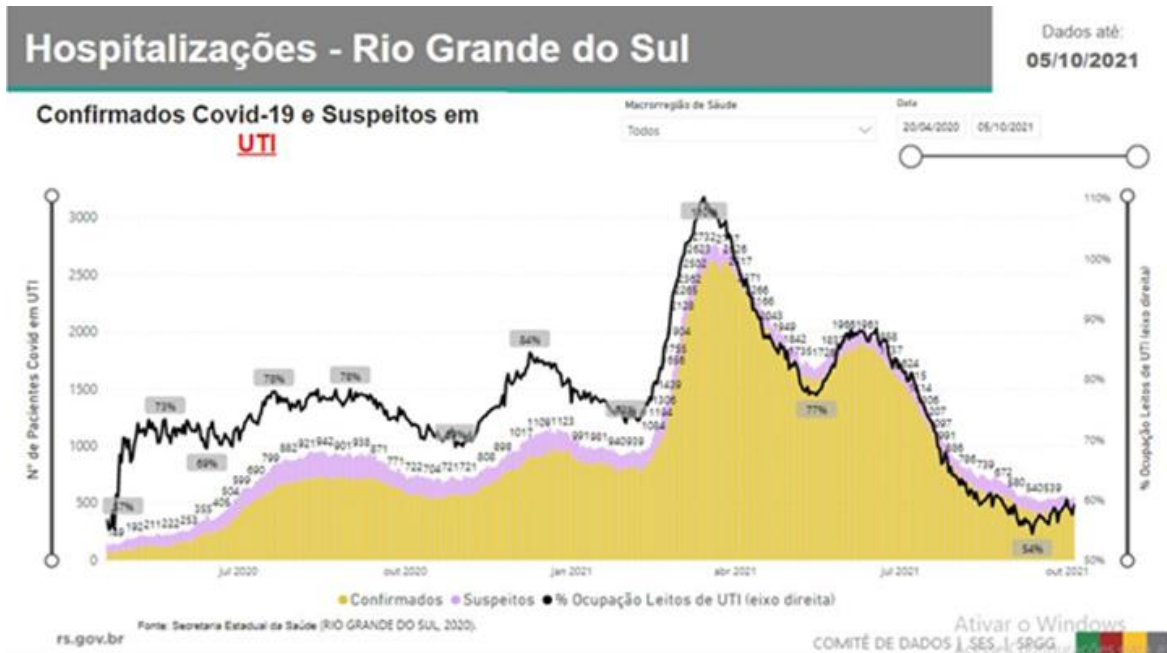
Fonte: Rio Grande do Sul (2021).

Figura 2 – Covid-19 no Rio Grande do Sul, Número de óbitos por data de inclusão



Fonte: Rio Grande do Sul (2021).

Figura 3 – Hospitalizações no Rio Grande do Sul

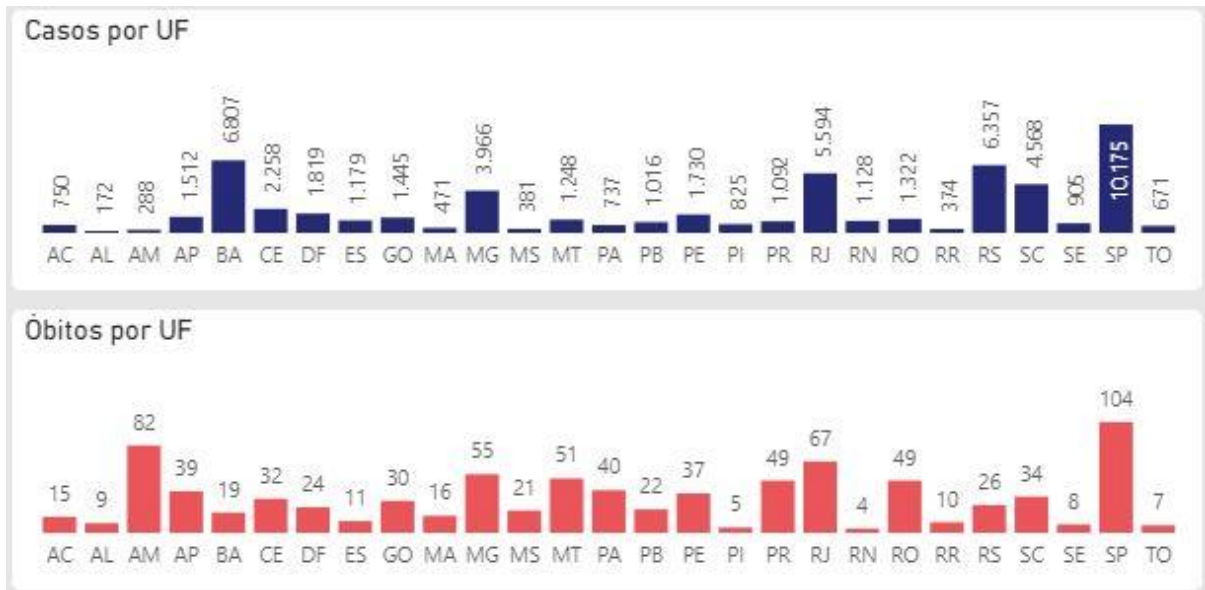


Fonte: Rio Grande do Sul (2021).

Frente a esses dados epidemiológicos, podemos afirmar que a carga de trabalho, stress, cansaço físico e desgaste mental de todas as equipes de trabalho na área da saúde foram alternadas de maneira acentuada. Isso exigiu de todos um preparo não somente técnico, como também psíquico para o enfrentamento da pandemia.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) disponibiliza dados de como a pandemia atingiu seus profissionais contaminados por Covid-19. Houve 58.788 casos reportados ao conselho, com 866 óbitos, o que totaliza uma letalidade de 2,64%. A Figura 4 apresenta os casos e óbitos por unidade federada (UF) (OBSERVATÓRIO DE ENFERMAGEM, 2021).

Figura 4 – Casos e óbitos por unidade federada (UF)



Fonte: Observatório de Enfermagem (2021).

Na Figura 4, podemos observar que o RS ficou entre os três maiores números de casos reportados. Mesmo que não tenhamos acompanhado tal perspectiva no número de óbitos, podemos acreditar que houve grandes dificuldades das equipes em passar por essa situação de crise sanitária, principalmente pelo grande número de colegas contaminados gerando não somente um possível aumento na carga de trabalho como também considerável ansiedade pelo momento que estavam vivendo.

2.2 REPERCUSSÕES PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Em situação de pandemia, houve diversas mudanças e ajustes nos processos de saúde de uma forma geral. Uma série de necessidades de atendimento, materiais, equipamentos e equipes foi rapidamente incluída no dia a dia dos trabalhadores da saúde, da mesma forma que algumas mudanças nos cuidados de saúde na vida diária da população (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Instituições, frequentemente, referem-se aos sistemas de saúde em termos de leitos hospitalares físicos e equipamentos médicos. Todavia, os ativos mais fundamentais, valiosos e vulneráveis do sistema são seus recursos humanos, médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e todo corpo técnico (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os equipamentos de proteção utilizados em tempos sem pandemia eram normalmente o próprio uniforme de setor, calça e jaleco ou macacão, em caso de pré-hospitalar. Com a pandemia, foi necessário incluir um macacão chamado macacão de proteção nível 6, que garante maior proteção frente ao alto risco de contágio. Ademais, as máscaras N95 e protetor facial. Esse equipamento deixava, inclusive, marcas físicas na face dos profissionais de linha de frente que, por vezes, passavam muitas horas sem poder tirar a vestimenta, nem mesmo para ir ao banheiro. Nas redes sociais, de uma forma geral, profissionais exibiam fotos de suas faces marcadas pelo tempo de uso das máscaras, alertando pela situação que estavam vivendo. Houve necessidade de rápido trabalho para obter recursos tecnológicos e humanos com capacitação mínima para lidar com uma doença sobre a qual o conhecimento ainda é preambular.

Novos protocolos e rotina em prol de um “novo fazer” ou um “fazer ajustado e transitório” foram desenvolvidos. Associações científicas de diversas especialidades criaram protocolos, rotinas e recomendações técnicas para lidar com a nova doença. Como profissional da área de emergência, referencio as usadas pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), que utilizou de diferentes serviços nacionais e internacionais para construção dessas recomendações (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA, 2021).

Muitos questionamentos surgiram rapidamente e demandaram respostas rápidas, o que levou a percebermos que estávamos diante de uma situação para a qual sequer os serviços de saúde de países desenvolvidos estavam preparados, tampouco saíram ilesos, de modo que, em perspectiva comparada, países em desenvolvimento foram severamente impactados.

A pandemia do novo coronavírus ocasionou limitação de recursos hospitalares em todo o mundo. Para viabilizar atendimentos de urgência, direcionar recursos da maneira mais eficiente possível e minimizar a exposição da população em geral e de profissionais de saúde, muitos serviços básicos de menor complexidade, possíveis de adiar, precisaram ser interrompidos, com consequências ainda não mensuráveis atualmente. Diferentes equipes de saúde mobilizaram todos os seus recursos para proporcionar ajuda de emergência em um clima geral de incerteza.

Covid-19 é uma doença nova que tem revelado desafios nunca vivenciados antes. Mesmo que muitos pacientes sobrevivem à doença, há casos de pessoas que sofrem um quadro clínico continuado, exibindo um estágio subagudo ou Covid-19 longo. Nesses casos, as dificuldades são muitas: etiologia ainda desconhecida da Covid-19 subaguda, as respostas imunológicas perturbadas, a persistência viral e os vários mecanismos de danos às células neurais. Desse modo, emerge a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento desses pacientes, considerando diferentes dimensões, até porque não existem (a não ser a vacina) elementos ou dados suficientes para determinar aspectos importantes à elaboração do plano terapêutico, como a escolha da melhor droga, sua dosagem e regime de administração e a duração do tratamento.

2.3 REPERCUSSÕES PARA EQUIPES E FAMÍLIA

A crise sanitária e a pandemia provocada pelo vírus Covid-19, além de modificar a dinâmica da vida das pessoas ao alterar sua mobilidade e trânsito, provocou, pelo distanciamento, o surgimento de outras situações no fazer profissional das pessoas (tais como trabalho remoto, a distância, uso acelerado de ferramentas digitais). Esses fatos, de certo, modo traduzem uma resposta mais imediata e conhecida para lidar de um problema de difícil solução e de respostas ainda em caráter de tentativa (a vacinação).

A pandemia Covid-19 trouxe muitas mudanças no processo de trabalho, em especial àquelas relacionadas diretamente aos cuidados. O que fazíamos com destreza e certa tranquilidade associada a ações rotineiras, mesmo que o assumido como mais simples, como alterar a vestimenta, por exemplo, necessitou ser mudado ou transformado. Essas mudanças passam por situações técnicas e pessoais – de equipes, pacientes e familiares. Equipes aprisionadas em vestimentas complexas, desconfortáveis, máscaras lesando suas faces. Pacientes sem contato com sua família, cuja única forma possível de contato com familiares era a vídeo chamada, caso as condições lhes permitissem. Familiares que sequer da sala de espera podiam acompanhar o movimento do ambiente de cuidado de seus entes queridos, obrigados também ao isolamento em suas residências, aguardando um único contato diário com o médico via telefone, em todos os hospitais. Soma-se, a esse

conjunto de situações, a incerteza e o temor de um diagnóstico ainda sem clareza do seu processo e desfecho favorável.

Espiritualidade e religiosidade são temas que sempre se apresentam em situações de crise (por exemplo, enfermidades graves, situações limites). Nesse contexto, mostram-se como áreas pertinentes que podem fornecer elementos para compreender de que modo os sistemas de crenças podem colaborar para o cuidado da vida. Por isso, o destaque neste trabalho da importância da crença, tanto por parte da família como da equipe que se manifestou de formas diferentes e se transformou em trampolim de alívio pelo quadro pandêmico que todos passaram. Naquele momento, para quem tinha fé ou quem afirma não ter, a vida parecia não ter sentido se não houvesse uma conexão com algo superior.

3 NO ENCONTRO DE UMA PROBLEMÁTICA: UM MODO DE PENSAR O TRABALHO

No sistema de saúde local e global, as mudanças no que concerne o promover o cuidado com a saúde resultaram em intensificação do trabalho e no desafio de adaptação rápida a situações não habituais. Essas, seja pelos novos protocolos de segurança, seja porque os espaços de cuidado foram alterados, não só pelo volume (carga horária), como também pelo estresse provocado pela diversidade de situações e de pacientes. Nesse aspecto, convém destacar um fator importante pelas reações que este tema provoca quando se relaciona cuidado em saúde e espiritualidade: são comportamentos ou reações que vão do ceticismo à negação dogmática ou à aceitação ingênua.

A crise sanitária, ao romper com o cotidiano das pessoas, alterou inesperadamente a existência e o modo de estar em sociedade e, por não ser passageira, concorreu para que diferentes princípios (éticos, morais, racionais) emergissem, visto que, diante da complexidade do problema de saúde, as respostas se faziam incompletas. Entre as diferentes leituras de mundo nesse cenário, uma se apresentou nos espaços de cuidado: a espiritualidade impulsionada por situações agudas de sofrimento extremo, pelas perdas de pessoas queridas ou pela incapacidade de cumprir a tarefa de salvar e, principalmente, porque a ciência ainda não possuía respostas ou solução para os casos apresentados.

Neste contexto de incompletude, de sofrimento e de perdas, o profissional de saúde, muitas vezes, foi ouvinte, pois a família estava ausente pela necessidade de isolamento social dos pacientes internados, quando tecnologias complexas nem sempre permitiam a evolução de seus quadros clínicos de saúde. Assim, compreender que nem sempre procedimentos e medicações propostos são suficientes, se faz necessário um novo olhar nos espaços de cuidado. Para tanto, é importante reconhecer que diálogo entre ciência e fé, paciente e equipe pode ser uma alternativa não só para entender a sintomatologia, como para realizar e administrar cuidados em situações difíceis. Nessa expectativa de descoberta, buscamos uma realidade possível para o que estamos vivendo.

4 NO ENCONTRO DE UMA LÓGICA DE PENSAR: OS LIMITE DE UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Espiritualidade e religião são conceitos relacionados e considerados como sinônimos; mas não são. A espiritualidade deriva das crenças das pessoas e fornece uma perspectiva que facilita as escolhas da pessoa. Religião, ao contrário, diz respeito a conjunto de códigos, instituições e rituais (liturgias) associados a tais crenças.

Todavia, ambas têm um lócus/ um lugar social onde se expressam. As situações que seguem podem ser vistas como enunciados que constituem os elementos de um modo de pensar que produz sentidos que precisam ser conhecidos, porque traduzem conversas e comportamentos que influenciam aspectos da vida daqueles que tem no fazer do cuidado a sua razão de ser.

Situação 1

“Não sei... mas eu cada vez mais me questiono sobre a situação, sobre as perdas no processo de trabalho... são questionamentos sobre tudo o que esta acontecendo...Colegas, pacientes, familiares e gestores orando e buscando respostas no sagrado me surpreendem...”.

Situação 2

“Não sei o que fazer, mas as situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, com pessoas falando sobre morte, pensando sobre morte, mortes acontecendo me levam a refletir sobre vida espiritual (...) seja com pacientes, familiares ou colegas de profissão”.

Situação 3

“Tenho, colega, insegurança, preocupações, medo e ansiedade pela possibilidade de contágio e de morte provocada pelo vírus...”.

Situação 4

“Sou enfermeira seguidora de uma crença/espiritualidade, a qual não diretamente ligada ao acompanhamento de rituais, mas se trata de uma prática que me permite, também, estar no mundo mais voltado à espiritualidade e que os ambientes técnicos ou a tecnologia de um hospital pode distanciar”.

Essas quatro situações diferem quanto à forma de expressão, mas resultam de uma mesma condição: fragilidade e urgência do atendimento e do cuidado na saúde que, de repente, emergem no dia a dia como se sempre estivessem estado ali, embora não manifestadas.

Para alguns, o tema saúde e espiritualidade ainda é inapropriado e concerne à esfera pessoal. No espaço de cuidado hospitalar, vivenciamos, a separação entre o corpo e o espírito, promovida principalmente pelo acelerado progresso científico-tecnológico que favorece o empobrecimento na avaliação/percepção do paciente na globalidade integrativa das suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

O “ponto de inflexão” necessário, e razão desta reflexão, foi este descompasso entre aquilo que se propunha nos espaços de cuidado e a realidade dos pacientes que vivi e experimentei durante o período pandêmico. Isso, inclusive, para que eu mudasse o tema desta dissertação para concluir o curso de mestrado profissional em Ensino na Saúde. Frente à pandemia, os pacientes, bem como as equipes, exaustas, precisaram ser ouvidos e atendidos em todas as suas necessidades. Necessidades essas como ouvir, orientar, dar notícias, pois o único contato que pacientes tinham enquanto internados era a própria equipe. Assim, os ambientes de trabalho e as conversas entre colegas nos momentos de possíveis pausas, tornaram-se uma conversa de apoio entre equipes.

5 NA ANÁLISE DE UM CONTEXTO E DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: UMA LÓGICA SOCIAL

O reconhecimento da dimensão espiritual do paciente e, conseqüentemente, da demanda por um atendimento mais humanizado diz respeito à não marginalização da ação do 'sobrenatural' ou de qualquer outro elemento relacionado à transcendência como fator de influência no processo de cura. A religiosidade se apresenta como fator importante que ajuda nos processos de atendimento/cuidado/cura. O tema espiritualidade costuma aparecer de modo mais significativo nas fases de terminalidade, tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

Como pensar a saúde e a espiritualidade juntas no mundo atual? A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 22 de janeiro de 1998, que "saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998 *apud* FLECK *et al.*, 2003).

Na história de saúde e ciência, encontramos a espiritualidade referenciada e descrita em diversos fatos históricos. Por volta do ano 6000 a.C., nos primórdios da humanidade, já havia algumas referências sobre enfermidades em artefatos do antigo Egito, relacionando doenças físicas e mentais com espíritos do mal, bem como na antiga Grécia, a influência por deuses e mitologia (SAVIOLI, 2006).

Pouco se distinguia a religião da magia na era faraônica (5000-1500 aC), pois os egípcios tinham como crença que ambos poderiam controlar o cotidiano. Nas suas escritas, já estavam descritos poderes curativos das mãos em várias situações de doença (SAVIOLI, 2006).

A bíblia fala do profeta Moisés como o primeiro legislador do povo Hebreu, o qual propôs, além de aspectos religiosos, preceitos de higiene que foram aplicados à coletividade, o que o destacou entre os sanitaristas de todos os tempos. Suas prescrições eram referentes ao contato de cadáveres, à gravidez, ao puerpério, às mulheres durante a menstruação, às doenças contagiosas e aos leprosos, estando a ciência e espiritualidade misturadas. Contudo, na história, povos foram altamente evoluídos na navegação, na engenharia e na arte bélica e pouco se sabe da existência de hospitais nos povos persas, fenícios e sírios, bem como ao que se refere aos cuidados da saúde e da doença (LISBOA, 2002).

No Velho Testamento, a doença era cuidada e examinada pelos sacerdotes e a referência era de um Deus castigando os pecadores com cegueira, doenças e confusões mentais, trazendo uma mensagem de punição para castigar os infiéis (SAVIOLI, 2006). A história religiosa trazendo, até os tempos atuais, para as pessoas de forma geral, pensamentos de castigo e condenação.

Hipócrates, conhecido como pai da medicina, Platão e Aristóteles falam de estudos do cérebro, misturam ciência com elementos místicos, enfatizando a necessidade dos cuidados com a “alma” e, ainda, iniciam o conceito holístico da doença e medicina com a fundação da ciência da psicologia. Na idade média, a medicina era muito folclórica e influenciada por ensinamentos cristãos e mitologia, mas não mais valorizava a demonologia como causa de doenças (SAVIOLI, 2006).

Quando buscamos informações sobre ciência e espiritualidade, há, frequentemente, a referência da incompatibilidade de ciência/razão com religiosidade/espiritualidade. Acreditava-se que, com o avanço da ciência e o passar do tempo, muitas situações justificadas como algo espiritual ou religioso cairiam por terra, porém essas crenças seguem sendo questionadas por inúmeros estudos recentes (MOREIRA-ALMEIDA; LUCHETTI, 2016).

Existem alguns mitos sobre o conflito ciência e espiritualidade. Porém, segundo Numbers (2009), os dois maiores seriam os que consideram que ciência e religião sempre estiveram em conflito e o de que a religião deu origem à ciência. Ao longo de muitos anos, historiadores de ciência e religião, como Bacon, Descartes, Galileu, Kepler, Newton e Boyle, entendiam o estudo científico da natureza como uma via privilegiada de entender a sabedoria e a inteligência do criador. Relatam também que, na Idade Média, a Igreja Católica proibiu as dissecações por questões religiosas, assim como acreditavam que a Terra fosse plana e que, em geral, se opunham às ideias científicas (MOREIRA-ALMEIDA; LUCHETTI, 2016). No entanto, historiadores de ciência e religião discutem o assunto há décadas e não encontraram fundamentação histórica aceitável para tais afirmações (NUMBERS, 2009).

O início do distanciamento entre ciência e espiritualidade ocorreu com a emergência do iluminismo, movimento intelectual que surgiu durante o século XVIII na Europa e defendia o uso da razão, afirmando a existência de uma racionalidade para tratar de tudo que se tivesse interesse em pesquisar (GLEISER, 2019). Ademais, que a razão humana seria capaz de ter soluções para desvendar todos os

mistérios que temos e associando tudo ao sucesso de Isaac Newton, sendo esse período um divisor de águas. Porém, os românticos, logo depois do iluminismo, questionam se tudo seria resolvido com equações, tais como as questões existenciais, de relações humanas e sociais. O sucesso da ciência acaba por provocar uma crise espiritual na humanidade, pois, até então, tudo poderia ser relacionando com a fé e a espiritualidade e, de repente, a ciência traz uma visão mais racional e matemática que não tinha a ver com o espírito humano, criando uma barreira entre ambos (GLEISER, 2019).

Moreira-Almeida e Lucchetti (2016), a partir de uma abordagem histórica, pontuam que esse conflito parece ter sido uma exceção do período e que, já no século XIX e XX, o número de pesquisas e investigações sobre a relação ciência e espiritualidade tem um aumento significativo. A história relata essa relação ao longo da história e como uma característica própria dos diferentes povos e as pesquisas ao longo dos anos referem que a espiritualidade sempre apresentou taxas representativas.

Existem estudos que mostram essa alta taxa de espiritualidade e religiosidade. Uma pesquisa realizada no Brasil mostra que 95% dos brasileiros declaram ter religião, 83% consideram religião muito importante para suas vidas e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana. O estudo ainda refere que não há uma relação entre o nível educacional, a renda e a raça, contrariando o que se supunha, sendo assim, independente a indicadores de religiosidade. O sincretismo religioso tem suas maiores expressões no Brasil por uma questão histórica: a colonização e a formação do povo brasileiro; nessa linha, o estudo mostra que 10% frequentam mais de uma religião (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

As religiões são meios de busca por respostas de questões básicas do ser humano. Nos questionamos sobre vida e morte, dor e sofrimento, culpa e perdão, amor, solidariedade, vivências que o mundo nos traz e suas leis. Frente a doenças graves, as pessoas vivem crises subjetivas intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes de subjetividade (VASCONCELOS, 2009). Mesmo para quem não se engaja em uma religião, em algum momento da vida, pensa sobre essas questões e deve considerar como uma realidade social e existencial básica.

Segundo Bertachini e Pessini (2010), a religião pode significar uma experiência com Deus e formular um poder religioso, doutrinário e moral,

expressando sua história de vida. Ainda, os autores se referem à espiritualidade como uma forma de se orientar pela experiência profunda, sempre inovadora e surpreendente do encontro vivo com Deus. Os autores ainda destacam que, atualmente, percebe-se, no horizonte da humanidade, um desgaste da religião entendida enquanto doutrina, instituição, norma e dogma, em favor de uma grande busca de espiritualidade que preencha vazios do coração humano de modo a encontrar sentido da existência humana através dessa transcendência.

Trabalho em saúde nem sempre relacionou seu *modus operandi* com práticas religiosas ou espiritualidade. Entretanto, a dimensão religiosa continua presente ao influenciar modos de ser e agir. Nesse sentido, o que é destacado pelos autores citados é o fato de que a espiritualidade e a religiosidade estão associadas a melhor qualidade de vida. Assim, torna-se importante perceber, nos dias de hoje, o quanto é determinante o paradigma newtoniano e cartesiano da ciência, que, ao separar ciência matéria e espírito, constituiu em uma situação ilegítima considerar a dimensão religiosa na gênese da doença e medidas terapêuticas. Talvez, o fato de as equipes de saúde se envergonharem de trazer, para o debate científico, a discussão sobre religiosidade nos espaços de cuidado ainda esteja refletindo esta lógica social e cultural (VASCONCELLOS, 2009).

Essa colocação traz a situação de não serem manifestadas de forma clara questões e escolhas relacionadas à espiritualidade, de modo que, neste momento pandêmico, a procura de colegas e amigos a respeito de tantas manifestações relacionadas a questões religiosas surgiram no dia a dia.

Estar vivendo sob pressão no serviço, como de regular pacientes para vagas que já se esgotaram, abriram um caminho de conversa e escuta que expuseram nossas individualidades e maneiras de lidar na crise. Assim, a necessidade de se firmar em algo maior que a própria estrutura de trabalho, sobrecarregada, e a exaustão das equipes de saúde poderiam oferecer.

A crise sanitária instalada, bem como crises existenciais trazidas pela doença, leva equipes, pacientes e familiares a importantes questionamentos sobre suas vidas. Intensos sentimentos de emoção e subjetividade que podem trazer transformações positivas importantes para todos. Todavia, a formação que pouco, ou quase nunca, valoriza as dimensões subjetivas não expressas de forma racional e clara dificulta o processo de elaboração da situação (VASCONCELLOS, 2009).

Há, na carta brasileira de usuários de saúde, referência ao respeito à religião do paciente como um direito que não deve servir como ato discriminatório ou de restrição. Sendo assim, são necessários cuidados amplos que abranjam todas as possibilidades, inclusive aquelas que tangem a espiritualidade. Dentro do contexto do cuidado e o fato de a equipe de enfermagem estar ligada ao paciente em todo período de internação e/ou atendimento, entende-se o cuidado como fator extra biológico, acreditando-se no protagonismo e na importância da equipe de enfermagem e do enfermeiro nesse fator. Nesse sentido, a dimensão espiritual dos sujeitos envolvidos pode ser um alicerce ao cuidado de enfermagem qualificado. O cuidado deve estar, portanto, em não igualar a dimensão espiritual com a prática de doutrinas religiosas, que pode estar reduzindo à dimensão espiritual. O conceito de religiosidade e espiritualidade (R/E) deve estar claro e definido para quem cuida (BRASIL, 2011).

Estudos mostraram que as taxas de doenças e mortalidade nas pessoas que são seguidoras de um programa religioso ou doutrinas religiosas apresentam menores taxas comparadas as que não aderem. Essa população com um grupo de práticas religiosas, por vezes, são pessoas mais ansiosas ou com idade mais avançada, e buscam por conforto psicológico com as doutrinas, apresentam uma sobrevivência maior pela prática de uma vida sem vícios e de bons cuidados consigo, como evitar bebidas alcólicas, o fumo e, assim, diminuindo riscos de doenças. Epidemiologistas confirmam evidências positivas no fator religioso na saúde das pessoas (VASCONCELOS, 2010).

A influência da R/E contribui positivamente para melhoria e manutenção da saúde, estando na dimensão espiritual uma busca que transcende a razão, não é visível, mensurável, mas é real e está presente de forma determinante na busca do interior do ser humano (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012). E quando pensamos sobre como trabalhar com isso, percebemos a complexidade do tema e a necessidade da busca de mais fatores que a dimensionem e exemplifiquem.

5.1 CRENÇA/ ESPIRITUALIDADE

Distinguir os conceitos de espiritualidade e religiosidade é fundamental no exercício do cuidado com os pacientes. A opção religiosa e seu valor merecem

nosso respeito pela liberdade de todos em suas escolhas, sendo um direito ético moral de qualquer pessoa (QUELHO TAVARES, 2020).

A espiritualidade tem uma visão ampliada enquanto a religião está mais focada em algo que pode estar inserido na amplitude da espiritualidade. Ser espiritual não tem como condição ter uma religião e isso parte do significado particular que se refere a cada sentido da vida que temos. Cabe dizer que o homem no mundo tem três aspectos: físico, mental e o espiritual e esses estão inter-relacionados. O entendimento da diferença entre espiritualidade e religião é fundamental para as abordagens sobre o tema. Situando a aplicabilidade nos cenários de encontro dos indivíduos com a doença e o cuidador, ampliando uma abordagem de um modelo exclusivamente biomédico. Quem se opõe à inserção do tema na academia nega perspectivas novas e promissoras (VALENTE *et al.*, 2016).

Para King e Koenig (2009), religião está relacionada a crenças, práticas e rituais transcendentais, onde o transcendente é Deus ou um Poder Superior. Isso normalmente envolve o místico ou o sobrenatural. O autor ainda descreve como sendo uma construção multidimensional que inclui crenças, comportamentos, rituais e cerimônias que podem ser realizadas ou praticadas em ambientes privados ou públicos, assim como um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos como forma de facilitar a proximidade com o transcendente. Ademais, a espiritualidade como estando intimamente ligada ao sobrenatural, ao místico e à religião organizada ou não (KING; KOENIG, 2009).

Observamos que há uma semelhança entre esses conceitos para diferentes autores ainda podemos citar que, a espiritualidade entendida como relação com o sagrado, o transcendente, realidade última. Referente ao domínio do espírito, à dimensão não material do ser humano e religião como sistema organizado de crenças. É o aspecto institucional da espiritualidade. Religiões são instituições organizadas em torno da ideia de espírito (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

A espiritualidade vai além de uma questão religiosa, traz uma intensão de educação, subjetividade, interioridade, oportunizando uma reeducação para uma comunhão conosco mesmo, com a natureza, com o próximo e com Deus (SOUZA; PESSINI; HOSSNE, 2012). A intencionalidade dessa interiorização pode

proporcionar uma viagem interior de descobertas do eu e sua relação de força com algo que de sentido a sua vida.

Abaixo, o Quadro 1 apresenta fundamentos para a definição de Espiritualidade, segundo King e Koenig (2009). No Quadro 1, os autores procuram esclarecer a definição de espiritualidade.

Quadro 1 – Fundamentos de Definição para Espiritualidade

Componentes da definição	Descrição
1. <i>Crença</i>	Um assentimento ou convicção sobre um domínio ou existência que vai além do mundo material. Isso inclui todos os tipos de crenças religiosas ou outras que não sejam baseadas no materialismo.
2. <i>Pratique</i>	A prática espiritual ou religiosa neste nível ocorre <i>sem</i> percepção consciente ou relacionamento com o reino espiritual a que se dirige. Embora envolva exercícios de imaginação e desejo, como contemplação, oração, leitura ou reflexão, o self não é movido por nenhuma experiência direta de relacionamento ou conexão com o outro.
3. <i>Conscientização</i>	Há uma consciência de estar sendo movido intelectualmente e / ou emocionalmente. Inclui contemplação, oração, meditação ou reflexão quando há percepção consciente ou resposta a esta dimensão.
4. <i>Experiência</i>	Uma experiência discreta que pode incluir a difusão da mente, perda dos limites do ego e uma mudança na orientação do eu em direção ou além do mundo material. A experiência geralmente ocorre espontaneamente, mas pode ocorrer após um período de reflexão, meditação, estresse ou isolamento. As experiências extáticas são desse tipo, mas podem ser muito menos intensas e mais prolongadas.
Fatores que não fazem parte da definição	
<i>Fontes</i>	Qualquer consideração sobre a fonte da espiritualidade, seja ela secular, sagrada, divina ou diabólica.
<i>Consequências - positivas ou negativas</i>	Estes podem ser próximos, como felicidade, medo, um novo sentido de significado ou a intenção de viver uma vida ética; ou distante, como sucesso ou fracasso econômico e mudanças na saúde física ou mental, ou nos relacionamentos.
<i>De outros</i>	Sistemas seculares de virtude, ética ou moralidade.

Fonte: King e Koenig (2009, p. 5).

O quadro proposto pelos autores mostra componentes da espiritualidade sendo qualquer uma dessas partes: crença, pratique, conscientização e experiência. Qualquer um pode estar sozinho, eles não constituem uma hierarquia de valores da espiritualidade, de básico ao avançado e não é um componente uma ponte para o outro, mas os componentes são ordenados em termos de aumentar a consciência em relação com algo que está além da verificação empírica (KOENIG; KING, 2009). Assim, os autores não definem somente esses componentes como parte de uma definição do que é espiritualidade, mas sim como uma resposta emocional que são mediados por processos enraizados na função cerebral.

Neste momento, podemos trazer a definição de Marcelo Gleiser (2019), primeiro brasileiro a receber o Prêmio Templeton, uma espécie de Nobel da espiritualidade. Gleiser (2019) diz que a espiritualidade é a “capacidade humana de maravilhamento com o mistério da existência”. Ainda, refere que a ciência é apenas mais uma maneira de nos envolvermos com o mistério de quem somos.

O julgamento de que religião está relacionada a crenças que dão direito à salvação, pregada por tradições de fé, e essa crença objetiva aceitar aspectos relacionados a metafísica e ao sobrenatural, é o que descreve (BOFF, 2001). O

autor considera que pessoas com espírito humano com valores desenvolvidos como amor, compaixão, paciência e tolerância, que estejam relacionados com suas escolhas espirituais lhe proporcionam um nível de felicidade que pode envolver inclusive pessoas do seu meio. Ainda acredita que o indivíduo pode desenvolver um alto grau de espiritualidade sem estar vinculado a um sistema religioso e essa for sua escolha, não há o que impeça desse desenvolvimento. Boff (2001 p. 25), que conviveu com o conhecido líder espiritual Dalai Lama, cita as palavras do líder, quando fala em sermos capazes de encontrar a suprema realização do ser humano: “O objetivo da prática espiritual e, conseqüentemente, da prática ética é transformar e aperfeiçoar o estado geral do coração e da mente. É assim que nos tornaremos pessoas melhores”. Boff (2001) pontua também o sentido ético da espiritualidade como fator de transformação.

Como pessoas melhores, por décadas fomos medidos em nossa inteligência através do Quociente de Inteligência (QI), baseado na compreensão e manipulação de símbolos matemáticos/lingüísticos. Já nos anos 90 entendeu-se que também possuímos a Inteligência Emocional (QE), que compreende o autoconhecimento, a autodisciplina, persistência e empatia. Neste século a Inteligência Espiritual (QS) surge analisada pela psicóloga e filósofa americana Danah Zorah, que atribui a importância do tema (SILVA; SILVA, 2010).

É a QS, uma terceira inteligência, que coloca nossos atos e experiências em um contexto mais amplo de sentido e valor. Ter alto quociente espiritual (QS) implica ser capaz de usar o espiritual para ter uma vida mais rica e mais cheia de sentido, adequado senso de finalidade e direção pessoal. O QS aumenta nossos horizontes e nos torna mais criativos. É uma inteligência que nos impulsiona. É com ela que abordamos e solucionamos problemas de sentido e valor. O QS está ligado à necessidade humana de ter propósito na vida (ZOHAR; MARSHALL, 2017).

A psicóloga Danah Zohar pontua que a QS leva o ser humano a ser mais criativo, que mude regras, dando-nos competências para amenizar regras rígidas com compreensão e compaixão, bem como os seus limites. A autora cita princípios para desenvolver o QS e são eles: auto consciência espiritual, espontaneidade, visão e valores, holismo, compaixão, celebração da diversidade, independência, humildade, perguntas fundamentais (exemplo: o mundo poderia ser diferente?), reformulação de paradigmas, tirar vantagem da diversidade e senso de vocação (MENTE CURIOSA, 2021).

Sabemos que, em pesquisa científica, precisamos apresentar comprovações e, por vezes, como nesse tema, elas podem ser indefinidas e contestáveis. Porém, temos que concluir, e não desprezar, que sim há uma causa e que resulta num efeito que a ciência já descreve e registra (SILVA; SILVA, 2010).

Nesse contexto, é importante pontuar que, no início de 1990, o neuropsicólogo americano Michael Persinger e, em 1997, o neurologista Vilayanu Ramachandram, da universidade da Califórnia, identificaram, no cérebro humano, um ponto relacionado ao sentido da vida que deram o nome de “Ponto de Deus”. Esse ponto evoluiu de modo a questionar questões existenciais. Localizado nos lobos temporais, exames minuciosos e específicos dentro da neurologia mostraram que essas áreas se iluminam toda vez que os pacientes estão em alguma atividade espiritual ou religiosa (SILVA; SILVA, 2010).

Essa atividade foi, durante muitos anos, relacionada a visões místicas de epiléticos ou usuários de alucinógenos. Contudo, essa pesquisa mostrou, pela primeira vez, que o centro espiritual também estava ativo nas demais pessoas (SILVA; SILVA, 2010).

O então chamado ponto de Deus mostra que o cérebro evolui para fazer perguntas existenciais e buscar sentido de valores mais amplos, assim como que existe uma manifestação cerebral em relação à atitude de oração. Todavia, pesquisas recentes já trabalham sobre esse assunto ampliando e modificando o resultado, discutindo sobre diferentes pontos e cabendo então pensar em uma rede. Essas áreas parecem ser parte de uma rede neural envolvida na elaboração dos fenômenos religiosos e estado espiritual de cada ser humano. Alguns estudos revelam que as experiências religiosas apresentam intervenções em sistemas cerebrais. Essas experiências são complexas e abrangem dimensões de percepção, cognição e emoção. A atividade dos lobos frontal e parietal está relacionada às experiências religiosas e é entendida como parte de fenômenos religiosos apresentando-se como uma rede neural. Porém, ainda há uma lacuna a ser preenchida nos estudos sobre detalhes da natureza e diferenciação da natureza espiritual na relação neural (PERES; NEWBERGER, 2013).

Pela subjetividade do assunto, autores e pesquisadores buscaram trabalhar formas que pudessem medir essa dimensão não material. Nesse sentido, devemos citar o coping religioso/espiritual (CRE), entendido como uma estratégia pessoal, de religiosidade ou espiritualidade para enfrentamento de diferentes situações críticas

ou estressantes da vida. Tem sido construído e demonstrado essa relação da saúde física e mental em diversas pesquisas. O CRE é usado como instrumento de medição, adaptada e validada por Panzini em 2004 a partir de uma versão norte americana. A versão final conta com duas dimensões, positiva e negativa, cada uma com itens específicos de avaliação (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020). Sobre o assunto, Pargament (1997 *apud* PANZINI; BANDEIRA, 2007) destaca que o coping pode ser parte ou resultado da forma como as pessoas lidam com as questões religiosas. Dessa forma, resulta o coping religioso/espiritual, também fazendo referência os autores citam a definição de Koenig (1998 *apud* FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020) como o uso de crenças e comportamentos religiosos com o objetivo de facilitar a resolução de problemas, prevenção ou alívio de consequências emocionais negativas de situações estressantes da vida.

Desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983 vem sendo discutida a inclusão de formas de medição da dimensão espiritual no conceito de saúde da OMS. A complexidade dessa tarefa coube a especialistas na área, que, na OMS, por meio do Grupo de Qualidade de Vida, incluiu um domínio denominado “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais” no instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100 (World Organization Quality of life Instrument). Dentro desse, foi desenvolvido um módulo específico para religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais, o WHOQOL-SRPB (World Organization Quality of life Instrument – espiritualidade (S), religião (R), crenças pessoais (PB)) (FLECK, 2003).

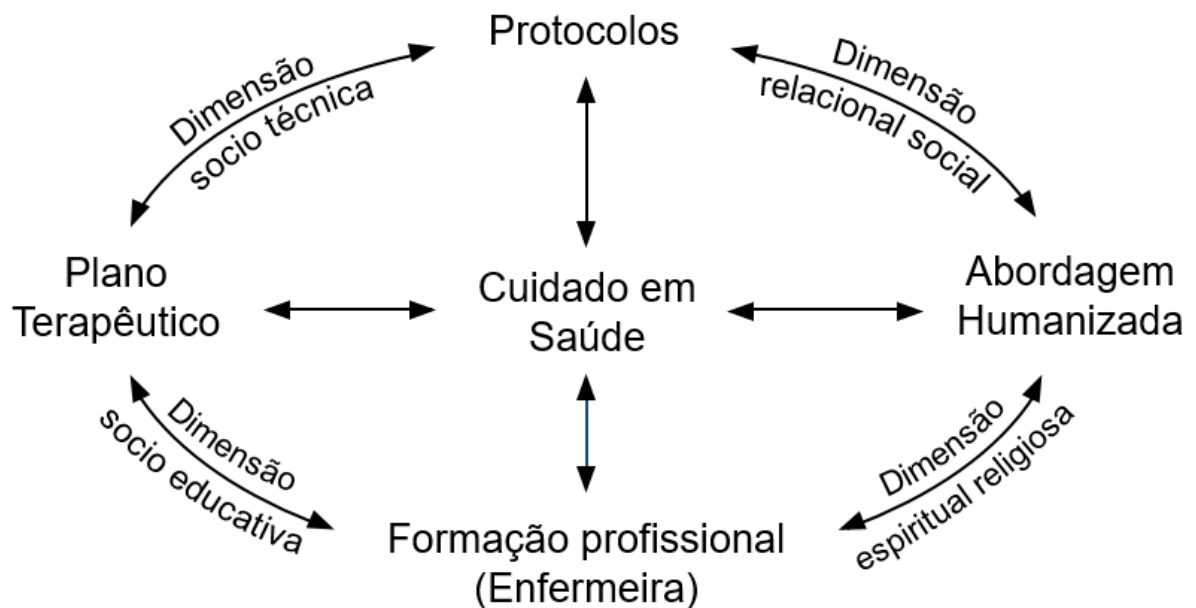
O desenvolvimento do módulo WHOQOL-SRPB se deu de forma transcultural e, no Brasil, o Hospital de Clínicas de de Porto Alegre (HCPA) foi um dos centros de desenvolvimento. Sendo assim, a leitura das discussões, da análise dos resultados e conclusões do trabalho desenvolvido nesse centro trouxeram alguns pontos importantes para a construção da chave analítica dessa temática, que apresentamos a seguir.

5.2 UMA POSSÍVEL CHAVE ANALÍTICA PARA ENTENDIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADO NA SAÚDE NA PANDEMIA

Estes tempos atípicos vivenciados pela crise sanitária (Covid-19) nos fazem pensar que a conexão entre cuidado na saúde e espiritualidade pode ser uma chave

analítica para repensar não só Ensino na Saúde (a formação profissional), como trazer elementos importantes para a efetividade do trabalho (de cuidado na enfermagem). Assim, cuidado e espiritualidade podem potencializar aquilo que muito se diz: que no reconhecimento das demandas do paciente, na escuta, está a “emergência” de outro modo de atuar em saúde (assim como a educação). A Figura 5 busca dar materialidade à chave decodificadora.

Figura 5 – Uma chave decodificadora



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Os conceitos apresentados na figura são articulados abaixo, aqui entendidos como sendo: plano terapêutico, abordagem humanizada, formação profissional, protocolos e cuidado em saúde.

Plano terapêutico: diz respeito ao conjunto de ações de caráter terapêutico e de intervenção que ao ser direcionadas aos indivíduos pode ser compartilhado com toda equipe por sua pertinência e adequabilidade (UNASUS, 2021).

Inconscientemente o que sempre nos questionamos é sobre o que seria o melhor para o paciente e essa resposta deve estar compartilhada com todos envolvidos no cuidado, inclusive o próprio paciente (BOMFIM, 2018).

Nesse sentido, estudos comprovam que a R/E impacta diretamente na assistência prestada, quando essa pode influenciar na sua interação com o paciente, com colegas de trabalho e na forma como compreende a doença. Isso porque se torna fundamental a promoção de um ambiente harmônico, de equilíbrio e empatia

entre todos nas diferentes dimensões do ser humano (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Abordagem humanizada: As inter-relações entre os seres humanos têm a intenção de proporcionar bem-estar no seu mais amplo sentido. Quando se discutem essas questões relacionadas à humanização, é necessário que se mencione o cuidado. Nesse sentido, nos referimos ao cuidado dos pacientes no ambiente hospitalar, onde é importante pensar no cuidado humanizado, o que implica garantir assistência ao paciente sempre considerando-o como um ser único, contemplando-o em todas as suas dimensões, sendo elas bio-psico-social, cultural e espiritual (GENOVEZ *et al.*, 2008). Para tanto, se faz necessário considerar que, apesar dos diferentes obstáculos que os trabalhadores possam enfrentar, a humanização é sempre possível desde que é o profissional de saúde trabalhe com essa intenção.

Formação profissional: A formação continuada não deve acontecer somente apenas para suprir deficiências da formação inicial, mas sim estar alicerçadas nas necessidades práticas do dia a dia, dos desafios que se apresentam. Sabe-se que a formação inicial, por mais completa que se apresente, não suprirá toda as necessidades, pois, em um universo dinâmico, a prática e as relações interpessoais também são meios de desenvolvimento. Além disso, a formação desenvolvida no próprio local de trabalho pode favorecer a busca de soluções coletivas para os problemas do cotidiano (MATOS; MATOS, 2010).

O profissional enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, desempenha não só processos técnicos terapêuticos e administrativos, como também o processo de educação. Pensando na crise sanitária atual e no profissional enfermeiro como um integrante da equipe e comprometido com o processo de educação por formação, cito Paulo Freire quando afirma que “ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanente, na prática e na reflexão da prática” (FREIRE, 1991, p. 58). E o processo de trabalho do enfermeiro está não somente numa abordagem terapêutica, mas na avaliação diária do seu fazer como modelo para sua equipe e, então, educador.

Protocolos: Os protocolos são instrumentos a serem empregados mediante problemas a serem superados ou diante da necessidade de organizar melhor as ações de trabalho do dia a dia. Por sua vez, são vinculados a um serviço ou instituição de saúde e seguem diretrizes que melhor lhe representam e supram suas

necessidades em atender seu público. Protocolos são baseados em padrões político-institucionais e não são neutros, seguem uma diretriz, na maioria das instituições de saúde, as do SUS (WERNEK, 2009).

Dessa maneira, precisamos refletir de forma crítica sobre a contribuição desses para as mudanças necessárias ou o emprego de novas ações de modo a contribuir com propostas contemporâneas sem que sirvam para perpetuar situações destoantes do dia a dia. São as mudanças baseadas na experiência e literatura que podem consolidar novos fazeres.

Cuidado em saúde: Cuidado em saúde está relacionado a dar atenção, ouvir, respeitar e acolher o ser humano em sua história de vida (REDE HUMANIZA SUS, 2017). Nesse sentido, as definições de acolhimento trazidas pela política nacional de humanização do SUS se mesclam a esse conceito:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, como outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessária (REDE HUMANIZA SUS, 2017).

O cuidado vai além do simples ato de dar assistência centrada na doença, em um cumprir tarefas, nos procedimentos técnicos. Cuidar cada um na sua singularidade é reconhecer pacientes e familiares como seres humanos únicos vivenciando uma experiência difícil em suas vidas (GENOVEZ *et al.*, 2008). A equipe de saúde foi colocada no papel de guardiã, implicando na necessidade de um cuidado diferenciado das situações rotineiras em nossas unidades hospitalares quando consideramos o atendimento a pacientes Covid-19.

Sendo assim, visto o entendimento desses conceitos, que buscam dar conta das diferentes dimensões envolvidas na chave analítica sociotécnica, socioeducativa, relacional, espiritual, o objetivo geral é para analisar as situações de conexão entre saúde e espiritualidade que ocorreram durante o atendimento pela equipe multiprofissional na pandemia da Covid-19. Por sua vez, os objetivos específicos são: identificar situações de mudanças acerca da percepção de saúde e espiritualidade por parte dos profissionais de saúde; comparar a partir dos relatos

em que situações os profissionais da saúde sentiram-se preparados frente às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes; relatar as principais experiências de superação de obstáculos e expressão de experiências com o sagrado no processo de cuidar dos indivíduos (paciente e familiares, equipe de trabalho) e que permita ao pesquisador e agora ao leitor aproximar-se da temática.

6 NO ENCONTRO DE UMA LÓGICA SOCIAL: A POSSIBILIDADE OU ESPERANÇA DE MUDAR

A importância da proposta desta pesquisa está justamente na evidência de uma lógica social ou de um modo de pensar que permita ao leitor/pesquisador encontrar histórias, compartilhar experiências, criar e recriar acontecimentos. O trabalho se deu na busca de entender vivências, até então, ainda não experimentadas pela pesquisadora e colegas da saúde no período da pandemia.

6.1 METODOLOGIA

É na proposta metodológica que permitirá reconstruir modos de ser e trabalhar que se poderá identificar caminhos para se chegar ao que ocorreu tal como foi vivido.

6.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo que possui caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, definido por Creswell (1997 *apud* MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008, p. 98) como a “exploração de um sistema limitado (ou múltiplos casos) [...] que envolve coleta de dados em profundidade e múltiplas fontes de informação de um contexto”. Também fazemos referência a Yin (2001), o qual destaca “como e o porque” como questões norteadoras de fenômenos contemporâneos da vida real podem ter no estudo de caso uma preferência estratégica. O método pode ser de fenômenos individuais ou organizacionais e a investigação possibilita preservar a características globais da realidade vivida.

6.1.2 Local do Estudo

Este trabalho foi desenvolvido nos serviços de saúde no estado do RS, mais especificamente, nas unidades de atendimento a pacientes críticos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, especificamente no Serviço de Emergência adulto e Unidade de Terapia Intensiva, no período de 30 janeiro de 2020, início da pandemia, até outubro de 2021.

6.1.3 Participantes

Crêterios de Elegibilidade: a) inclusão: profissionais da equipe multiprofissional de saúde que se disponibilizaram em responder questões referentes ao atendimento a estes pacientes com o intuito de responder aos objetivos desta pesquisa e que atuaram no atendimento direto aos pacientes Covid-19 nestes serviços; b) exclusão: profissionais da equipe multiprofissional de saúde afastados ou em licença saúde no momento do atendimento a estes pacientes no período pandemia ou por licença saúde, maternidade ou demais situa oes de afastamentos.

6.1.4 Coleta de Dados

Foram recrutados e convidados via e-mail e WhatsApp os participantes para responder a um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas (Apêndice A) para conhecer caracteriza o dos sujeitos do estudo e abertas para compreender as questões referentes   espiritualidade e ao contexto da Covid-19. Este instrumento foi aplicado em uma entrevista presencial após combina oes prévias com os participantes e duraram, em média, 45 minutos cada. As entrevistas ocorreram em conformidade com os protocolos de medidas de distanciamento social, conforme preconizado pela legisla o, e foram realizadas fora de horário de trabalho do profissional, de acordo com a disponibilidade das pessoas entrevistadas.

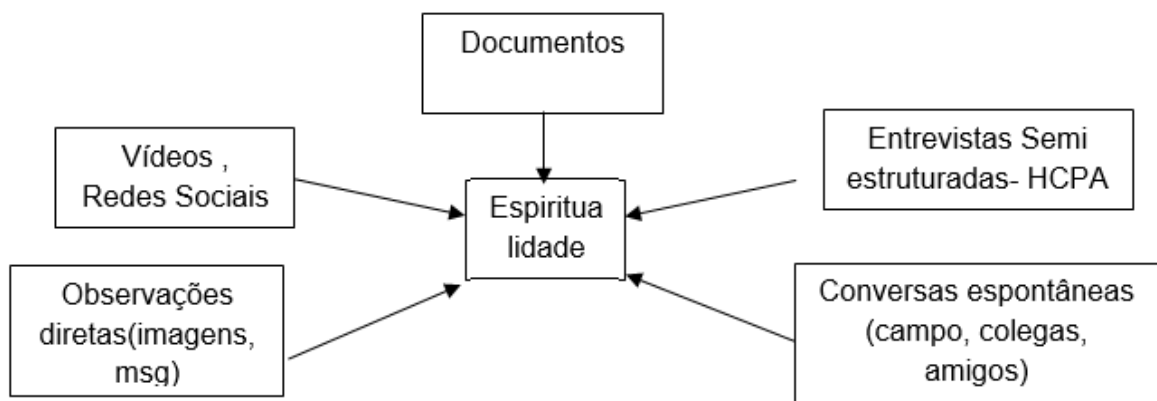
Conforme Minayo (2014), a entrevista semiestruturada permite maior flexibilidade nas conversas, com possibilidade de absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor entrevistado. Com o consentimento prévio dos participantes, as entrevistas foram gravadas e registradas por recurso de aplicativo (gravador do WhatsApp ), que realizava transcri o direta das falas gravadas na íntegra. Foram realizadas corre oes de linguagem, tempo e concordâncias verbais, mas com o cuidado de manter a expressão do entrevistado sem altera o do sentido, permitindo analisar a fala e a intencionalidade de sentido originalmente almejada.

Para manter a fidedignidade dos relatos, os nomes dos participantes foram substituídos pelo código E (entrevistados) seguidos de numera o de acordo com

sequência. Por sua vez, para as falas espontâneas em campo de observação, foi utilizado o código OBS (observados) e numeração sequencial.

A partir da interação da pesquisadora com os profissionais de saúde envolvidos com atendimento do Covid-19, coletamos conteúdos sob a forma de observação participante (diário de campo), no qual o observador teve contato direto com o fenômeno e há uma relação direta entre a realidade e os fatos observados. Nesse contexto, é importante destacar que pode haver mudanças no observador. A riqueza dessa técnica consiste na possibilidade de grande variedade de situações ou fenômenos observados que não caberiam em perguntas e permitem a experiência vivida (MINAYO, 1994). Foram observados a realidade dos serviços de emergência e centro de terapia intensiva e o comportamento dos profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento assistencial aos pacientes com Covid-19 internados nestas unidades. A Figura 6 apresenta a logística e a articulação metodológica utilizada para modelação de informações.

Figura 6 – Logística e articulação metodológica utilizada para modelação de informações



Fonte: figura elaborada a partir de Maffezzoli e Boehs (2008, p. 104).

Na sequência, transcrevemos cada entrevista na íntegra e agrupamos as falas por tema/marcador, elencando aqueles relacionados com a temática analisada. Para a realização da análise, será utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Minayo (1994). Esta metodologia é caracterizada pela revelação de núcleos de sentidos cuja frequência de presença no corpus de informações carrega um significado que vai ao encontro do objetivo proposto para análise (MINAYO, 2010).

6.1.5 Análise dos dados

Os dados coletados para a realização do estudo serão submetidos à Análise Temática de Conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Essa técnica é descrita em três etapas (MINAYO, 2014): a) Pré-Análise: etapa em que se realiza uma leitura compreensiva e exaustiva das informações, com o objetivo de ter uma visão geral, elaborar hipóteses e pressupostos, escolher categorias iniciais de classificação e definir conceitos/referenciais teóricos que orientarão a análise; b) Exploração do material: etapa em que o pesquisador inicia a distribuição de fragmentos de texto do corpus em categorias, identificando os núcleos de sentido para posterior agrupamento em temas mais amplos, que serão o centro da redação; e c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: etapa em que são realizadas inferências e interpretações através de síntese e de redação que consiga dialogar com os temas encontrados com os objetivos da pesquisa e com dados de outros estudos e conceitos teóricos. Então, baseado no processo de análise proposto por Minayo, criamos quatro eixos a fim de classificar as narrativas que permitiam e mencionavam a questão da espiritualidade.

6.1.6 Aspectos éticos

Este estudo está vinculado ao projeto maior “Desfechos clínicos e gestão da assistência de enfermagem do paciente adulto crítico: Estudo multicêntrico”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer nº 4.131.571 e CAAE: 32560920.0.1001.5327 (ANEXO A).

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentimento de cada participante firmado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que foi lido e assinado em duas vias pelos entrevistados. O anonimato dos sujeitos será assegurado, assim como a liberdade de não participarem ou de se retirarem da pesquisa em qualquer momento. Todos os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos das pessoas envolvidas. A pesquisadora se compromete em garantir a confidencialidade em relação às informações coletadas apoiando-se nas orientações e disposições exigidas pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,

2012), que descrevem as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos envolvendo seres humanos, assegurando o uso exclusivo dos dados para fins desta pesquisa. Os dados serão armazenados com segurança no computador da pesquisadora por cinco anos e após serão eliminados e destruídos.

6.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A fala dos entrevistados é o lugar de abertura e criação de sentidos, porque parte diretamente das experiências dos sujeitos sociais (trabalhadores da saúde). Mesmo tendo outro linguajar (mais técnico), isso possibilita compreender, a partir da sua percepção, a importância da temática espiritualidade na saúde não só em função da sua singularidade, mas por levar a reflexões sobre o ensino na saúde.

Neste subcapítulo, estão organizadas as informações ou as narrativas acerca da experiência na/de enfermagem durante o período pandêmico Covid-19 sem especificidades de pessoas espiritualizadas, mas profissionais que atuaram em unidades de atendimento (emergência e UTI) a pacientes com Covid-19. O acesso a essas pessoas se deu a partir de um contato prévio como colegas de profissão, o que possibilitou uma interlocução direta. Foram feitas perguntas semi-estruturadas a partir do eixo temático (Apêndice B), a fim de que os sujeitos pudessem transitar livremente por suas experiências.

As narrativas foram organizadas em quatro grandes eixos (marcadores): formação, plano terapêutico, protocolos e abordagem. Entendemos que esses marcadores mediam o cuidado em saúde, tornando possível reflexões e observações entre relatos e pesquisadora, bem como através de diálogos com autores que transitam pelo tema.

Quadro 2 – Percepção do lugar da espiritualidade na formação (Marcador – Formação)

Fala Entrevista Focada		Observações Diário de campo
E1	<p>“aprovei no concurso que Deus me abençoou e assumi concursado no hospital de clínicas.”</p> <p>“...é um tema que não se pode abordar muito... para não constranger teu cliente, então, tem que respeitar a religião de cada um...”</p> <p>“...Sim, tive muitas experiências em relação a isso porque eu trabalhei muito na saúde mental e penso que é muito importante para saber atender os pacientes.”</p>	<p>O tema da espiritualidade mesmo não sendo abordado de forma sistematizada na formação se apresentou como importante, porque os pacientes covid apresenta (enquanto lúcido) preocupação e muita ansiedade devido ao medo da instabilidade da doença...” obs1</p> <p>“...a ciência e espiritualidade podem e devem andar juntas. Alguns estudos falam que durante a oração é ativada zonas do cérebro e que isso pode ter ligações inclusive com a imunidade.” obs2</p>
E2	<p>“Eu lembro sim de ter uma disciplina que era ética e de ter alguma coisa sobre espiritualidade no tempo de graduação.”</p> <p>“não sei se eu me dedicaria a estudar sobre o tema de forma mais dedicada porque eu acho que eu entendo a lógica disso, mas, sim eu acho que é algo que tem que estar na grade curricular dos profissionais de saúde e nas capacitações do dia a dia.”</p>	
E3	<p>“...não lembro de ter tido esse tema de espiritualidade...”</p> <p>“...é um tema bastante importante porque lidamos com pessoas e nas situações mais diversas.”</p> <p>“...me interessa, penso que faz parte dos cuidados do paciente.”</p>	
E4	<p>“..não teve nenhum tipo desse tipo de assunto: espiritualidade ou alguma coisa holística, nada.”</p> <p>“...é uma demanda muito importante... paciente chega no hospital muito fragilizado e é comum ele recorrer a espiritualidade”</p> <p>“...a gente é muito despreparada enquanto profissional por não conhecer ou não ter aprendido.... sei lá.”</p> <p>“...é importante na formação aprender sobre os diferentes tipos de crença e acima de tudo chegar no mercado respeitando elas.”</p>	
E5	<p>“...não me lembro de ter alguma disciplina que abordasse a espiritualidade.”</p> <p>No ambiente da terapia intensiva existem algumas situações que a gente se depara...questiona de algumas situações, alguns eventos que acontecem e às vezes, não tá escrito nenhum livro, mas são vivências da terapia intensiva... a gente se questiona sobre esta questão da espiritualidade no ambiente de trabalho. Da importância dela.”</p>	

E6	“...Não tive nada na formação sobre espiritualidade; tenho interesse, pois é um tema que me chama atenção . Sou cristã atuante e acredito que faça muita diferença na vida das pessoas.”	
-----------	---	--

Fonte: Entrevistas e observações realizadas pela autora no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021.

SÍNTESE

Se, de um lado, os relatos nos dizem que, na experiência de graduação ou formação, não houve abertura para a dimensão filosófico/existencial de caráter espiritual, pelo contrário, o acesso à singularidade dos indivíduos que permitisse conhecer e aproximar-se do outro sempre teve um caráter técnico. Por outro lado, o período da crise sanitária foi o espaço de abertura para a construção de reflexões sobre a temática da espiritualidade, pois, na prática, as experiências de pessoas que passaram pela crise e com os pacientes permitem compreender que o tema da espiritualidade nos serviços de enfermagem, ao falar de si, é buscar outros modos de compreensão, é ir além, é buscar, na própria experiência, o sentido de um determinado fenômeno. Esta reflexão feita pelos entrevistados já abre possibilidades para que outros modos de ser e fazer na enfermagem se apresentem.

Quadro 3 – Percepção do lugar da espiritualidade no plano terapêutico (Marcador – Plano Terapêutico)

	Fala Entrevista Focada	Observações Diário de campo
E1	<p>“Eu tive um crescimento espiritual muito grande porque eu me deparei com situações que o medicamento só para os pacientes não dava conta”</p> <p>“Sempre, quando eu vou fazer uma oração junto com aquele paciente, com a mão do paciente, eu via muito resultado nisso, e a partir daí eu sempre levei isso para cuidar do meu paciente um cuidado como uma forma profissional.”</p> <p>“...Eu já conheci um pouco na vida da palavra de Deus e o que está escrito na Bíblia... é diferente para quem acredita... eu comecei a orar mais e me alimentar mais espiritualmente porque eu sabia que eu conseguiria dar o meu melhor para cuidar daquela pessoa e para mim também fica bem...”</p> <p>“...lembro que eu estava com paciente e ele chegou saturando baixo, piorou.... me chamou para mais perto e disse que estava se sentindo mal, uma energia, algo como que parecia que tinha alguém ali perto dele.... que ele estava mal e pediu para tranquilizá-lo, ...segurei forte na mão dizendo que íamos rezar e que tudo ia passar e ter fé... ele respondeu, que tinha...”</p> <p>“Participávamos das video chamadas e, tanto pacientes quanto familiares, pediam para orar...”</p>	<p>A primeira de caráter técnico: as equipes sentiram a necessidade de algumas mudanças e também reforço nos cuidados não somente em questão técnica de paramentação pesada, mas também a necessidade de buscar uma base espiritual para se manterem firmes durante a pandemia (Obs 1)</p> <p>A segunda: Acredito que tão importante quanto um vasopressor que tem a função se estabilizar a pressão arterial do paciente também a fé por muitas vezes o paciente enquanto acordado teve que ser apoiado na questão de fé e perseverança em acreditar que poderia</p>
E2	<p>“a equipe estava em risco e estando em risco se coloca no papel de daquele que precisa de cuidado (...) acho que espiritualidade é algo que vem com uma dor e crescimento, numa forma de aproximação ou de afastamento...e a doença faz isso...”</p> <p>“O Covid-19 trouxe o inesperado e o inesperado coloca o paciente e a família numa situação de insegurança e sim, isso interferiu na forma de cada um lidar com o paciente, com colegas e consigo mesmo na assistência muitas vezes, é espiritualidade que dá um maior conforto e uma e uma sensação de segurança...”</p>	
E3	<p>“...A gente via muitas famílias sendo destruídas, mãe e filho internado, mãe na UTI, filho na emergência ou vice-versa. Histórias de famílias que perderam pai e mãe e filhos, às vezes na mesma semana, e a gente sente assim necessidade do cuidado com a equipe, eram plantões pesados...tristes além do que já vivenciávamos.”</p>	

	<p>“...em algumas situações a gente percebe que o paciente tem vergonha de expor a sua religião, umbandistas se sentem constrangidos em dizer que são da religião da umbanda, não sei se por achar que podemos “julgar”</p> <p>“...paciente estava pré-intubação, muitos pediram um momento de oração” “...se agarravam há questões espirituais para poder suportar tudo que estavam vivendo.”</p> <p>Passei a sempre ir na capela antes de iniciar meu plantão (...) fazia uma oração antes de iniciar a sedação...e isso não costumava acontecer antes da pandemia...a equipe respeitava esse momento.”</p>	<p>vencer a doença (...) na espiritualidade nos pacientes covid foi possível perceber a relação entre espiritualidade e saúde por estes momentos limites acentuados durante a pandemia.</p> <p>(Obs2)</p>
E4	<p>“...por baixo daquela paramentação tinha uma peessoa cuidando dele...”</p> <p>“...por parte da equipe eu acho que teve sim esse olhar mais simpático de uma assistência mais humana, mais solidária (...) a gente ficou muito mais sensível, paciente muito mais próximo, mas a principal mudança foi a necessidade cuidado foram à instituição dos nossos crachás grandes para que o paciente pudesse olhar o nosso rosto.”</p> <p>“uma mudança muito grande nesse sentido de solidariedade, assim visando o outro(...)tiveram muitas questões espirituais e holística. por parte de familiares que vinham até nós e solicitavam para colocar uma santinha no box do paciente.”</p> <p>“...paciente que tinha orações feitas em papel de ofício e assim eram grudados no vidro do box do paciente.”</p> <p>“...fomos presenteados, em fevereiro, quando bastante sobrecarregados. de presente: um saquinho com uma oração, um banho de ervas e um incenso caseiro... e ali naquela oração tinha coisas falando sobre a missão de vida, sobre estar ali naquele momento.... e também aparecia um anjinho e um bombom ... sempre fortalecendo a nós e aquilo era muito bom”</p> <p>“...por incrível que pareça, por mais que fosse uma pandemia, eu acho que foi um dos melhores momentos do meu ano trabalhando naquele lugar, com aquelas pessoas, porque parece que mesmo que a gente tivesse numa guerra, se a gente tava muito unido, ... muito, muito próximo, assim superava uma sensação de preocupação com outro que eu até hoje não vi na enfermagem.”</p> <p>“...no espaço pós extubação por covid, os cartazes de oração da família ... no vidro do box trouxeram uma sensação de felicidade de estar protegido pela família, de estar cuidado por algo maior.”</p>	<p>Nos momentos de crise e de tanta fragilidade do paciente não somente em saúde, mas também podendo se dizer em fé, pois durante a pandemia o maior sentimento do paciente foi o medo, sem contato com a família equipe acabava tendo que servir como suporte emocional, mesmo com medo também...</p> <p>(Obs3)</p> <p>“...equipe passou a enfrentar esse cenário do desconhecido e muitas pessoas sentiram a necessidade de orar e muitos que não tinham</p>

	<p>“...a gente até passava as barreiras éticas, ou orientação do hospital cedendo os nossos aparelhos celulares para que pudesse fazer contato com a família e isso acabou que a gente se aproximou muito mais do paciente...”</p> <p>“...a equipe, por incrível que pareça, teve necessidade de cuidado básico, porque existiram colegas que faleceram, colegas perderam familiares e a gente tinha um medo muito constante de trabalhar ali.”</p> <p>“nos horários de entretenimento de lanche, por exemplo, a gente tinha para gente e se prestou ouvir muito mais os colegas</p>	<p>esse hábito se fortaleceram na esperança de que havia (há) um Deus cuidando de cada um.”</p> <p>(Obs 4)</p>
E5	<p>“Os pacientes que chegaram para nós na UTI era diferente (...) a preocupação e medo com a doença e não consegui ter o seu familiar junto, ele já entrava na UTI com aquela situação, já sabendo que essa questão de estará sozinho... e o medo, na verdade de ter que ser entubado. Além do medo do paciente da distância da família, assim que começou as escolhas dos profissionais para compor a equipe Covid-19 os profissionais ficaram muito temerosos. Nós da terapia intensiva somos um povo destemido, nós não temos medo, do que a gente enfrenta né...? Seja da doença, seja do cuidado que a gente precisa fazer, sendo o paciente mais crítico.... Mas frente a pandemia foi um momento em que houve preocupação, a equipe teve medo...”</p> <p>“...foi o momento em que nós da terapia intensiva paramos, tivemos medo de trabalhar e pensamos muitas coisas (...). Foi um momento que parecia que eu estava levando as pessoas para um massacre.”</p> <p>“...Durante as chamadas de vídeo, a gente tinha que participar diretamente daquele momento do paciente com seu familiar..., teve que segurar a mão do paciente, teve que estar junto naquele momento onde o médico dizia que precisava ser intubado e eles diziam para família...”</p> <p>“...familiar tem que se despedir dos seus, naquele momento através de um celular... talvez não voltassem, não saíam daquela situação aí era o seu último tchau (...) isso deixa a equipe muito mexida e começam questionamentos sobre as questões também espirituais...”</p> <p>“...a gente foi se adaptando conforme as coisas iam andando.”</p>	<p>Com o tempo foi elaborado um plano assistencial que deixava o paciente mais próximo a família: ligações por vídeo conferência e nesse sentido observei que o foco espiritual estava rotineiramente na pauta.</p> <p>(Obs5)</p> <p>“...tivemos uma colega internada na uti. Ela seria intubada nas próximas horas e então a equipe fez uma vídeo-chamada para mim e eu pude orar e fortalecer ela através da palavra de Deus. (Ela não precisou ser intubada).</p> <p>(Obs 6)</p>

E6	<p>“Houve a necessidade de cuidado intensivo e diferenciado com paciente e até familiares (...) com a equipe necessidade de maior tolerância com algumas questões em relação à cansaço, sobrecarga, preocupação e estresse, mas também muita diferença, momentos de oração da família, de união, e da própria equipe em relação a pensamentos e reflexões frente a tolerância maior e questionamentos em relação a vida (...)“</p> <p>“...tivemos vários casos de imagens de Santos, de objetos com os pacientes, trazidos pela família., pessoas de fora (pastores, padres, gurus) também para conversar com paciente mesmo o paciente estando inconsciente (...) as vezes pacientes que que precisavam de alguma coisa, talvez para se desprender, e muitos casos assim... de familiares ou pedir algum perdão, ou ver filhos, enfim (...) eu acredito muito mais das pessoas que estavam fora da UTI aguardando seu familiar , de quem estava internado...”</p> <p>“...Também o respeito em relação a diferentes crenças que independente do que seja saber e poder respeitar e entender que existe uma força maior alguma coisa que possa se buscar para compreender melhor as coisas que acontecem com os pacientes e na nossa própria vida isto nos levou a ter uma maior tolerância de todos em relação as essas diferenças” (...) a gente é muito frágil...”</p>	<p>Outra situação marcante para mim foi ver grupos da igreja local, se deslocando até o hospital (lugar que todos tinham pânico de acessar) exclusivamente para orar e falar do amor de Deus (...). Isso certamente foi injeção de ânimo a equipe. (Obs7)</p> <p>“...orei com a população, é emocionante!! Aquelas pessoas se entregam por nós....” (Obs8)</p>
----	--	--

Fonte: entrevistas e observações realizadas pela pesquisadora no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021.

SÍNTESE

Os relatos não apresentam a temática da espiritualidade somente como episódios pontuais. Pelo contrário, a sua estranheza, no ambiente das UTI's, se acentuou com o avanço da Covid-19. O ambiente fragilizado derivado da experiência em ação das enfermeiras demonstra que a forma de cuidar modificou-se, porque, com o distanciamento, tanto paciente e equipe quanto a família precisaram pensar em outras ferramentas de aproximação: a virtual. Foram estas aberturas (virtual) e espiritualidade um caminho de contatos e aproximação que, ao fazer parte do cotidiano, permitiram pensar a prática como um lugar de abertura, de possibilidades para um cuidar o paciente de modo criador, com outros sentidos. Ainda, para compreender que o tema da espiritualidade na saúde é uma reflexão necessária para um fazer diferenciado em saúde, a ponto de fazer parte de planos terapêuticos.

Quadro 4 – Percepção do lugar da espiritualidade junto aos protocolos (Marcador – Protocolos)

Fala Entrevista Focada		Observações Diário de campo	
E1	“Chegavam pacientes e muitas vezes acreditava que eles iam ficar bem, eles iam vencer o vírus , e acabava que muitas vezes eles morriam (...) se tem 1% de chance a gente tem que ter 99% de fé (...) Aprendi que a vida é hoje, eue a gente não sabe o que está por vir, o que é a escolha de Deus.”	Um fator bem interessante é tão importante quanto uma medicação a fé no momento de pandemia tornou-se tão importante como fator de recuperação dos pacientes. (Obs 1) “Para a maioria dos entrevistados não há outra explicação para manter a sanidade em meio ao caos, se não a certeza que há um Deus que mesmo que nossos olhos estejam vendo uma tragédia, Ele ainda tem o controle em suas mãos. ” (Obs2)	
E3	“...peço, então, pra ter sabedoria e entendimento pra resolver o que vem(...) mais valor a vida... agradecer a Deus pela vida e saúde.”		
E4	“...acredito que a pandemia ela foi um divisor de águas para a gente (...) a gente precisa se cuidar mais e cuidar do outro , cuidar do meu colega e bem ou mal, essa solidariedade , ela não era presente antes assim com essa intensidade (...) ficava feliz quando ganhava um anjinho , que diziam que que a gente estava protegido(...) quando vinham capelão que nos abençoava... a gente aceitava isso, ... na enfermagem sempre foi muito mais banalizado ” “...a gente levava mais a sério , nessa atmosfera... porque a doença era muito séria... E aí a gente ficava meio tocado... eu acho que todo mundo se apegou um pouquinho mais dentro da sua própria crença... ” “...pandemia mudou o comportamento não só meu, mas como de muitas pessoas, muitos colegas que antes eram pessoas mais difíceis, mas hostis, com dificuldade de relação, com a equipe, com o paciente, de repente frente a esse quadro, se organizaram mais, observaram outras necessidades do paciente que não só aquelas prescritas, olharam para o paciente com mais subjetividade...” “...porque a UTI sempre foi uma “mente muito quadrado” , né? Tudo tinha que ser dentro do seu lugar e pré definido ”		
E5	“...a espiritualidade do paciente covid foi preservada durante a pandemia(...) sempre que possível familiares deixavam junto com paciente qualquer objeto que para ele seja importante , seja um santinho , um terço , seja um lenço (...) e era permitida, a entrada de algumas pessoas tipo, o pastor, padres , algum membro de alguma outra religião. E chamava atenção a importância que os pacientes davam para objetos e mensagens que as famílias deixavam.”		Entretanto a situação de crise e sobrecarga de trabalho nos espaços de enfermagem não alteraram os protocolos:

E6	<p>“...Que a gente não é só o corpo... o corpo e o espiritual andam juntos e que faz bastante diferença para as pessoas, isso acrescentou e reforçou a crença que eu já tinha de que as duas coisas andam muito juntas: saúde e espiritualidade”</p> <p>“De olharem com outra visão essa questão de espiritualidade.... De ver que isso faz diferença na vida das pessoas.”</p> <p>“A questão da pandemia tocou mais e isso , querendo ou não, acredito que leva o despertar da espiritualidade, da empatia com o próximo e e foi essa mudança maior que percebi (...) não só equipe de enfermagem na qual eu faço parte, mas também outros profissionais: médicos, fisioterapeutas, o pessoal que compartilhava bastante com a gente, da governança de acompanhar os casos e se interessar na questão de objetos e imagens deixadas na box dos pacientes, de se interessar e ver como aquela pessoa evoluiu, se melhorou ou não...”</p>	<p>saúde e espiritualidade continuam separadas ou em paralelo ao pensar os cuidados do paciente.</p>
E2	<p>Mas ainda não vejo que algo se foi alterado protocolarmente nos cuidados em saúde e espiritualidade, se manteve o que já temos...</p>	

Fonte: entrevistas e observações realizadas pela autora no período de dezembro de 2020 a setembro de 2021.

SÍNTESE

A forma quase informal com que a espiritualidade emergiu nos espaços de cuidado mostra que as vivências dos trabalhadores em saúde continua sendo e é a matéria-prima a ser trabalhada quando se pensa a organização de outros protocolos. Mais do que isso, abrange dados que se desdobram ao longo da formação para o cuidado (na graduação), constituindo a situação de crise um espaço de aprendizagem contínuo não só como forma de construção da experiência e da memória, mas também na sedimentação e na reconstrução do processo vivido. Isso significa que a espiritualidade entra em contato com a experiência vivida e, somente a partir desse encontro, é possível re-significá-la. Percebeu-se que para os trabalhadores, ao serem atravessados pelo processo de desvelamento próprio da abertura do homem diante da finitude, o tema da espiritualidade leva e possibilita a compreensão de si mesmos. As narrativas permitiram perceber que, nas crises, o cuidado humano para o viver bem tem, na espiritualidade, algo a ser permanentemente colocado em evidência.

Quadro 5 – Percepção do lugar da espiritualidade na abordagem dos cuidados (Marcador – Abordagem)

Falas Entrevista Focada		Observações Diário de campo
E1	<p>“Paramentação: levar a coisa muito a sério, com coerência, sabendo que aquele ato pode estar salvando muitas vidas, mas Hoje o lugar de cuidar muitas vezes a coisa muda, inverte (...) tu fazer o melhor por ti e estar sempre se colocando no lugar do outro, agindo com técnica(...) Comprometimento é minha palavra sempre”</p> <p>“...saúde e espiritualidade... têm que andar juntos, um completa o outro”</p>	<p>“Diante de uma situação tão adversa posso dizer que saúde e espiritualidade andaram praticamente juntas durante a pandemia do Covid-19...” (Obs1)</p> <p>“...o aspecto técnico certamente foi de buscar mais conhecimento para poder tratar dos pacientes ...” (Obs2)</p> <p>“... para mim é uma relação direta, a espiritualidade e fé mudam muito e promovem a recuperação do paciente.” (Obs3)</p>
E2	<p>“Nos Cuidados técnicos a abordagem humanizada foi o que mais se modificou (...) tecnicamente a gente precisou ser mais criativos e pensar em formas de se aproximar do paciente e da família sem se colocar em risco (...) Não tem como eu pensar em saúde sem pensar em espiritualidade elas andam juntas (...) fé, a esperança, as crenças, podem levar as melhores condições emocionais de lidar com a perda da saúde.”</p>	
E3	<p>“Durante a pandemia toda emergência era uma unidade vermelha (...) foi um desafio para toda a equipe tivemos que reinventar aprender os processos, aprender os cuidados com paciente grave, paciente de UTI (...) procedimentos simples do dia a dia tiveram que ser revistos: saúde e espiritualidade têm sim tudo a ver”</p>	
E4	<p>“Na entrevista dentro da internação do paciente tem um dos itens é a religião do paciente. Acredito que isso é anotado em prontuário por causa dessas questões de bioética, tipo de testemunha de Jeová que são questões limitadores de tratamento, mas eu realmente não sei se isso é antes ou depois da pandemia ...observei durante a pandemia esse questionamento ser feito.”</p> <p>“Com relação a nós, eu acho que essa proximidade que a gente teve com o paciente veio para ficar, porque a gente se viu muito nervoso durante a pandemia, então, hoje quando tu recebes um paciente nervoso a tua tendência é de te colocar mais no lugar do paciente e tu tem um diálogo com paciente muito mais humanizado.”</p> <p>“...recebi uma senhora para fazer um exame de cateterismo que estava em Pânico, meu trabalho era só receber e fazer as tarefas técnicas...a paciente tremia, reconheci o pânico e perguntei se tinha crença e orientei a orar...ela falou que sim, orou e acalmou.... Talvez eu não teria essa abordagem num outro momento, porque eu antes do covid nunca percebi o</p>	

	<p>que era estar em Pânico, foi necessária uma pandemia para me humanizar, para ver o que que eu recorro quando eu estou em crise de pânico e sei lá...”</p> <p>“...pensar saúde e espiritualidade tem muito mais sentido depois da pandemia, mas sempre foi um assunto que me chamou atenção, seja com terapias alternativas, seja com técnicas de meditação.”</p> <p>“...no meu setor tem uma pessoa especial que trabalha com espiritualidade e que traz orações, as vezes algumas palestras...”</p> <p>“Dentro da minha prática eu busco sempre cuidar da minha espiritualidade ou preservo ela um pouco fazendo terapia, consumindo as coisas que eu gosto, que eu vejo que me dão uma melhor qualidade de saúde.”</p> <p>“...Ah sei lá Trabalho sempre carregando um crystalzinho que eu acredito que aquele crystal me protege dentro daquele ambiente a gente está... já olho para o hospital hoje com olhar de que eu preciso estar ali dentro munido por alguma coisa, que não é só a minha competência técnica, preciso ter calor, preciso meditar, preciso fazer terapia, para mim tá bem... na minha cabeça sei que para mim poder trabalhar deve ter algo além, algo sagrado...”</p>	
E5	<p>“...essa pandemia foi a pandemia da empatia e da resiliência. Tivemos que ser muito resilientes no decorrer deste percurso.”</p> <p>“...primeiro contato a gente teve que praticar muita empatia e a gente acabava querendo saber o universo do paciente, da vida do paciente... Como se contaminaram? ... quem da família estava contaminado? Se ele tinha filho, se não tinha? Como é que estava a situação dele em casa?”</p> <p>“..., a gente se colocou muito no lugar do paciente nessa pandemia...”</p> <p>“...a gente passou a fazer mais parte da vida do paciente como um todo, a ponto de querer saber mais da família dele então isso foi bem forte...”</p> <p>“...Tem muito sentido saúde andar junto com a espiritualidade.”</p> <p>“...a gente teve que tirar forças de vários lugares né? Se agarrar a muitas coisas, muitas crenças para conseguir seguir adiante tanto nós profissionais da Saúde, quanto os pacientes...”</p> <p>“...a gente não tem como lidar com a saúde sem espiritualidade, sem a gente acreditar em alguma coisa...”</p>	

	<p>“... fica o questionamento do porque tudo isso nesse momento, né? Por que algumas pessoas ficaram, doentes morreram, famílias se dizimaram e outras não, então a gente tem que crer que tem alguma coisa maior...”</p>	
E6	<p>“...Eu tive que buscar muito mais conhecimento de coisas que eu não sabia. Novidades próprias da doença, de envolver bastante a equipe de questionamentos de bases, tudo porque foram algumas coisas que a gente, eu pelo menos, nunca tinha visto, nunca tinha presenciado...”</p> <p>“...algumas manobras, algumas medicações, algumas mudanças que todo dia estavam ocorrendo por causa de estudos novos.”</p> <p>“... Aprendi muito sobre ventilação, sobre diálise, e posso afirmar que mudou bastante a minha visão em relação a terapia intensiva.”</p> <p>“...eu acredito, que o bem-estar vem de muita espiritualidade, muita fé e muita crença...saúde e espiritualidade andam juntas...”</p>	

Fonte: entrevistas e observações realizadas pela autora no período dezembro de 2020 a setembro de 2021.

SÍNTESE

Nas narrativas, a importância dada à abordagem humanizada se refere a uma elaboração do vivido não só em situação de crise. Assim, a abordagem mais humanizada ocorre pela consolidação e a incorporação do singular (espiritualidade) como um fator que compõe a vida do indivíduo, sendo as situações apresentadas a forma de expressar um sentido de espiritualidade com pluralidade de conteúdo, em constante mutação no tempo. Isso acontece porque a narrativa sobre a abordagem humanizada abre-se para dar importância à dimensão existencial do homem no mundo fenomenal, sua singularidade e suas escolhas.

A importância dessa abordagem está justamente na evidência do desaparecimento das crenças provocados pela modernidade. Entretanto, percebe-se uma forma de comunicação mais adequada ao ser humano: compartilhar experiências e aceitar suas crenças permite ao homem reconstruir sua história à medida que vai sendo relatada. Por essa razão, a expressão das crenças e a partir de uma abordagem humanizada pode ser ou se apresentar como um caminho para se chegar ao paciente, facilitando processos técnicos a partir da percepção de um presente difícil para todos.

Quadro 6 – Percepção do lugar da espiritualidade no cotidiano vivenciado (Marcador – Outros registros sobre o tema)

Falas Entrevista Focada		Observações Diário de campo
E1	<p>“... eu queria muito que as pessoas cuidassem melhor, fazer para seus pacientes com gosto, mais amor, mais carinho, uma forma técnica, mas ao mesmo tempo não perder o lado da humanidade, a gente ser humano, a gente praticar o bem...”</p> <p>“...cuidando não só de forma ética, mas ter o cuidado e a espiritualidade juntos, entendeu? ...caminhando junto eu acho que a gente agrega muito mais...”</p> <p>“...juntos, a gente consegue levar a doença numa forma mais leve, né?”</p>	<p>“... por muitas vezes pude perceber em situações onde os parâmetros do paciente indicavam que a intubação era certa, parecia que a fé por muitas vezes falou mais alto</p> <p>Evitando esse ato tão invasivo! (Obs1)</p>
E2	<p>“...espiritualidade: que o hospital de clínicas tem isso muito presente e nós, enquanto equipes de saúde...”</p> <p>“...rituais de umbanda que foram feitos em ambientes protegidos, algumas imagens que foram trazidas para colocar, ser colocadas no leito do paciente e que nós da equipe assistente, junto como controle de infecção, permitimos que isso pudesse acontecer.”</p>	<p>“...Passamos a nos encorajar mais enquanto equipe.</p> <p>Todos estavam destruídos interiormente e fisicamente...</p> <p>Mas a oração diária e a certeza de que Deus estava cuidando de tudo nos fizeram mais fortes!” (Obs2)</p>
E3	<p>“Quando fazemos a anamnese do paciente, tenho que perguntar sobre religião e vejo que isso não se trabalha no cuidado, que acaba só por constranger alguns pacientes.”</p>	<p>“...tenho rezado muito, aprendi a rezar e ‘acreditar’ e confiar em Deus...., passei 2h no santuário, só la consegui tranquilizar meu coração...” (Obs3)</p>
E5	<p>“...essa doença, não somente mudou valores das pessoas que enfrentaram diretamente a doença, mais abalou e mudou muito dos nossos profissionais de saúde. Como eu falei no início nossa terapia intensiva teve momento de muito medo, com medo de trabalhar.... Foi quando realmente a gente teve que colocar mão na cabeça para pensar e refletir...”</p> <p>“...Acho que amanhã, se eu parar, pensar... meu Deus! Quanto medo de trabalhar!”</p> <p>“...A terapia intensiva parou para refletir, teve medo, muito medo, muito medo de que seu trabalho pudesse afetar a família”</p>	<p>“...quando estive hospitalizada, eu só pensava em Deus, sabia que a medicina não sabe quase nada dessa doença, então minha confiança se voltou para Ele..” (Obs 4)</p>
E6	<p>“...Eu acho que a pandemia veio como provação para nós profissionais da Saúde, enfermeiros, toda equipe... porque faz a gente pensar mais no próximo,</p>	<p>“...sabe Sil, ...a pandemia tem me trazido</p>

	<p>faz a gente vê que as coisas são feitas não conforme a gente quer, tem algo maior também que faz a gente retomar alguns valores...</p> <p>“Não ser tão egoísta e pensar em algumas coisas e pensar que a gente não pode mandar em tudo e não é dono nem da nossa própria vida.”</p> <p>“...trouxe muito aprendizado para gente como pandemia, como novidade, como estudo, dedicação... porque até de sobrecarga de trabalho, de se doar mais, de saber o limite que na verdade não existe e a gente que teve que trabalhar muito e retomar mais as questões de família, de afeto, de tudo...”</p>	<p>alguns questionamentos sobre a vida, sobre Deus...e fico pensando nas coisas de Deus e do Espírito que tu fala...”</p> <p>(Obs5)</p>
--	--	---

Fonte: entrevistas e observações realizadas pela autora no período de dezembro de 2020 a setembro de 2021.

SÍNTESE

Os relatos e as narrativas apontam para a possibilidade de construção de novos modos de pensar o cuidado não é só a partir da responsabilidade dos profissionais da saúde, mas estendendo esse fato à sociedade de uma forma geral. Isso nos leva a pensar que os cuidados de saúde aliados a fatores ou aspectos de espiritualidade têm o "poder" de guiar os pacientes para uma esperança. Se o sofrimento humano limita o campo de possibilidades dentro dos cuidados de enfermagem e saúde por trazer angústia, depressão, desmoronamento, sensação de vazio e medo e anuncia uma destruição, a espiritualidade discutida ou apresentada nestes espaços reduz as perdas ou um sentimento que pode chegar à sensação de morte: a possibilidade de falar coloca os pacientes na travessia da busca de sentido, para a abertura de regiões de si que permite o surgimento de novas concepções de ser. Para nós profissionais da saúde: em novas organizações ou modos de pensar o cuidado.

Nesse sentido, os momentos de crise e sobrecarga de trabalho trouxeram uma aprendizagem que se revela não como aquisição de informações ou conteúdos, mas tão somente como possibilidade de o aprendiz ser o verdadeiro sujeito de sua própria experiência, resgatando um tema aparentemente tão distante da saúde, como é o da espiritualidade, e o desejo de aprender a aprender.

7 NO ENCONTRO DA ESPERANÇA DE MUDAR: UM OBJETO PARA PROMOVER A MUDANÇA

7.1 DISCUSSÃO

Ao analisar o material resultante de entrevistas e de conversas espontâneas em observações, é possível identificar sentimentos paralelamente definidos em determinadas fases do processo de cuidar dos pacientes Covid-19, tanto para o paciente quanto para a equipe. A Figura 7 foi construída, então, a partir da seleção de palavras-chaves que foram utilizadas nos discursos dos envolvidos no processo durante a pesquisa.

Figura 7 – Divisor de águas



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Analisando as falas que se apresentaram no processo de pesquisa e a Figura 7, podemos demonstrar, através de uma visão diferenciada entre os dois ciclos, o sentimento experienciado no período pesquisado. Observamos que há, no processo inicial, um sentimento intenso de medo. Aliás, a palavra que mais apareceu em todas as entrevistas foi medo, e junto com ela, diversas outras que indicavam dor e o sentimento de estarmos todos perdidos e sem direção do que

tínhamos pela frente, o desconhecido e temido, mas era uma realidade a ser explorada.

A vivência de momentos e situações nunca vividas ou experimentadas antes, apesar da maturidade profissional do grupo envolvido na pesquisa, na nossa imaginação poderíamos dar uma cor ao círculo 1: negro, escuro, sem luz, de solidão e despedidas que envolvia não só os pacientes, mas a equipe, como se uma nuvem tocasse a todos independente do papel que desenvolvia na cena da crise sanitária Covid-19.

O divisor de águas, citado por um entrevistado, nos remete ao segundo círculo, em que, não houve a escolha de fugir da situação instalada. Houve a busca necessária de alguns valores que, da mesma forma permearam a todos e que posso citar: oração, reflexão, empatia e gratidão como os mais presente. Sem menos valor, outras tantas palavras representaram uma mudança na percepção não só do cuidar, mas da forma de olhar para a sua vida e a do seu paciente e da necessidade de mudar o seu fazer na enfermagem.

A experiência mostra que mesmo, sem referência de espiritualidade e saúde na formação acadêmica, as situações de crise experimentadas nas vivências no dia a dia, buscando atender o paciente na integridade, revela-se o sentido e necessidade de estar aberto ao conhecimento dos valores do paciente no que se refere a suas crenças. Nesse pensamento, também se faz importante se identificar a própria crença e saber como interagir respeitando o paciente na sua escolha sem que haja preconceitos ou conflitos éticos.

Nesse sentido, a educação continuada como processo de educação na saúde permeia esse desenvolvimento de dar maior importância ao tema. A discussão conforme foi sendo experimentadas as situações, a conversa entre as equipes e demonstração das necessidades de pacientes e equipes, emerge a necessidade de trazer o tema a luz do nosso fazer diário através da educação.

Nessa releitura das entrevistas e leitura de alguns artigos, observa-se que existem alguns preconceitos em relação ao falar sobre espiritualidade e sobre as ferramentas de trabalho utilizadas no nosso dia a dia, como, por exemplo, o uso de ferramentas virtuais. Na pandemia, ambos apoiaram o paciente e familiares devido à aproximação com telefone em chamadas de vídeo que foram tão utilizadas nesse momento. A equipe elege essa ferramenta como uma ferramenta eficaz e que aproxima não só o paciente do cuidador como também da família em momentos que

a equipe participa da intimidade familiar e seus costumes, incluindo a espiritualidade ou religiosidade.

Percebo que há, na fala dos entrevistados, uma confusão entre o que é ser ético ou não. Alguns citam que emprestar o celular e que falar sobre espiritualidade, ou sobre suas crenças seria antiético. Porém, a pandemia nos mostrou que essa aproximação pelo empréstimo de aparelhos celulares e como apoio nos momentos em que o paciente solicitava oração, diferente de trazer questões questionando sobre uma situação éticas ou não, trouxe mais proximidade e compreensão daquele momento que o paciente estava passando.

Isso nos remete à necessidade de estarmos abertos a novas tentativas de contato e aproximação com o paciente. Por vezes, parecendo inicialmente preconceituosas, mas que as situações de crises nos levam e nos forçam a utilizá-la e que, quando utilizadas, com bom senso e com bons critérios, elas podem ser eficazes e ter um valor não esperado até então.

Considerando que, em situações de crise, quando podemos pensar nas situações de morte inclusive, é extremamente importante que é tenhamos em mente que é uma situação pela qual todos nós passaremos. A morte é cheia de mistério e é importante termos a consciência de que esse mistério é individual para cada profissional e os nossos pacientes. É necessário estarmos disponíveis e sensíveis para perceber as vulnerabilidades dos pacientes, acolhendo e atendendo-os de modo particularizado.

Importante passar pelos desafios e encorajar as pessoas que estão chegando na profissão, como os estudantes, a buscar uma comunicação aberta e franca com pacientes, familiares e seus próprios colegas. Isso permite e facilita um cuidado compartilhado em o paciente também possa estar presente nas suas escolhas e se sentir à vontade de colocar os seus valores e as suas crenças para o profissional que ali está para fazer o seu cuidado.

Na relação clínico-assistencial, temos que reconhecer a espiritualidade e que as relações terapêuticas entre o cuidador e o ser cuidado podem estar pautadas nesse reconhecimento. Portanto, a espiritualidade é uma linha de cuidado indispensável para humanização do cuidado, porque valoriza a individualidade das escolhas, a liberdade expressão e a adesão a práticas religiosas como um exercício de sua fé. Essa linha de cuidado abre precedentes para oportunizar e sugerir, como

plano terapêutico, entre as partes. Como exemplo, pode utilizar a fala do profissional E4:

(...) recebi uma senhora para fazer um exame de cateterismo que estava em Pânico, meu trabalho era só receber e fazer as tarefas técnicas...a paciente tremia, reconheci o pânico e perguntei se tinha crença e orientei a orar...ela falou que sim, orou e acalmou... Talvez eu não teria essa abordagem num outro momento, porque eu antes do covid nunca percebi o que era estar em Pânico, foi necessária uma pandemia para me humanizar, para ver o que que eu recorro quando eu estou em pânico (E4, 2021).

Pertinente à fala de E4 sobre a abordagem é a perspectiva de Cássia Tavares sobre o quanto estar atento às necessidades e aos valores do paciente pode interferir não somente na diminuição favorável de uma taquicardia por medo ou pânico, como também criar um vínculo mais afetivo no cuidado:

(...) o profissional de saúde ao desenvolver sua espiritualidade em prol da comunidade poderá reduzir aflições e Pânico inerentes desse momento e que interferem no entendimento das medidas preventivas e protetivas e na adesão aos cuidados estabelecidos além disso a espiritualidade tende a aumentar no profissional a atenção e valorização da pessoa e conseqüentemente como abandono de vaidade e pretensões individuais absorve todo sentido de solidariedade cooperação e do seu juramento profissional a partir da premissa que “amar a teu próximo como a ti mesmo (QUELHO TAVARES, 2020, p. 3).

Comparando a outra pesquisa sobre espiritualidade no cuidado de Didomenico *et al.* (2019), observo e percebo semelhança no que concerne à afirmação de que a assistência no âmbito espiritual se pauta nas próprias crenças espirituais e religiosas dos profissionais. Assim, resalto a relevância de garantir o cuidado integral a todos os pacientes e ao próprio profissional, que deve estar preparado e estimulado para essa abordagem, quando manifesta vontade pelo paciente, para o enfrentamento das doenças, proporcionando a essa manifestação o valor necessário de forma livre de constrangimentos.

Destaco, ainda, que é importante manter os profissionais capacitados sobre a questão espiritual. Ao longo do trabalho, é possível entender que essa capacitação pode favorecer a valorização da prática humanizada. Logo, profissionais comprometidos com o bem-estar, que acolhem o paciente na sua íntegra, que se dedicam a oferecer assistência integral aos pacientes e aos familiares e favorecem não somente suas orações e ritos, mas também a presença de líderes espirituais como pastores, padres, pajés, seja qual for o líder da sua escolha.

(...) Eu já conheci um pouco na vida da palavra de Deus e o que está escrito na Bíblia, ... é diferente para quem acredita... eu comecei a orar mais e me alimentar mais espiritualmente porque eu sabia que eu conseguiria dar o meu melhor para cuidar daquela pessoa e para mim também fica bem (...) (E1, 2021).

Sabedores desse conhecimento e necessidade do paciente, no trabalho da enfermagem, é reforçada a necessidade de considerar essa dimensão no planejamento de cuidado do paciente em cuidado integral. Ademais, carecemos de claras contribuições dentro dessa temática, o que sinaliza a necessidade de investimento nos profissionais atentos e dispostos a trabalhar com o tema para possibilitar a construção de maiores níveis de evidência científica no contexto da espiritualidade do cuidado. O estímulo por trabalho de educação continuada dentro das unidades de trabalho, assim como de levar essa experiência com o sagrado no dia a dia profissional para as salas de aula na formação acadêmica é de grande importância. Isso porque, conforme as falas coletadas na pesquisa, em situações de crise e medo, a espiritualidade ocupa o papel de proporcionar um conforto além do físico.

A angústia da busca frente a tantas incertezas que a razão instrumental científica não “dá conta” de explicar e mesmo quando explica, isto não plenifica o ser humano nas suas necessidades profundas de coração e alma. Isto por vezes nos faz negar o transcendente, por outras nos faz descer do pedestal de nossas certezas e autossuficiências e nos transforma em aprendizes do mistério maior da vida aberta ao transcendente. Da negação à afirmação é o itinerário de muitos que buscam Deus (PESSINI, 2009, p. 463).

Destaco abaixo as falas do diário de observação que mostram direta conexão com o sagrado:

(...) quando estive hospitalizada, eu só pensava em Deus, sabia que a medicina não sabe quase nada dessa doença, então minha confiança se voltou para Ele (...) (Obs 4, 2021).

(...) tenho rezado muito, aprendi a rezar e “acreditar” e confiar em Deus..., passei 2h no santuário, só lá consegui tranquilizar meu coração (Obs3, 2021).

Há, nas falas e no convívio com as pessoas frente ao experimentado na crise sanitária, uma necessidade de busca por um alimento que satisfaça suas dúvidas que vão além da ciência, uma transformação no que transcende. Para alguns, a busca de respostas ocorria fora dos ambientes hospitalares.

As situações do risco de contágio por todos mudaram o cenário. Nos perguntamos as razões de essa força de apoio vivida por pacientes e familiares não se evidenciavam com outras situações de atendimento aos pacientes. Percebemos que a crise levou à transformação das pessoas não somente como profissionais, mas como seres humanos que se viam, juntos, ameaçados por um “inimigo invisível”. Ainda, que, na solidariedade e na empatia, puderam encontrar força e vontade de fazer melhor, de ter uma atitude profissional cercada de humanização, como abaixo claramente diz E4:

Com relação a nós, eu acho que essa proximidade que a gente teve com o paciente veio para ficar, porque a gente se viu muito nervoso durante a pandemia, então, hoje quando tu recebes um paciente nervoso a tua tendência é de te colocar mais no lugar do paciente e tu tem um diálogo com paciente muito mais humanizado (E4, 2021).

Na busca de estudos que, comparados a esse, mostrassem que estamos todos vivendo a mesma situação e que o cuidado espiritual é indispensável no enfrentamento de crises, encontrei um estudo que aponta exemplos de experiências dos profissionais da saúde no mundo, conforme a Figura 8.

Figura 8 – Exemplos de experiências dos profissionais de saúde no mundo

País e ano	Comentários
Itália, 2020	Os jornais informam que, no Hospital Treviglio, de acordo com as autoridades da igreja de Bergamo, enfermeiros e médicos foram instruídos pelo gerente do hospital a dar a bênção àqueles que o desejam e aos que estão morrendo devido à escassez de capelaes hospitalares. (Chirico; Nucera, 2020 ¹⁹)
Colômbia, 2020	“ <i>Todo o trabalho que faço é melhorar a saúde das pessoas, não apenas física, mas emocional e espiritualmente...</i> ” Enf S.B.M. (Graaf, 2020 ²⁰)
EUA, 2020	Essas formas criativas de nutrir a saúde espiritual vão além das vocações e religiões organizadas. <i>Jeltema e Melendez</i> enfatizam que, em sua essência, a saúde espiritual se concentra no que dá sentido às pessoas. “ <i>Eu acho que a saúde espiritual é realmente ter um bom senso de identidade de quem somos e qual é o nosso propósito na vida</i> ”, disse <i>Jeltema</i> , “ <i>e o que é importante é o que valorizamos</i> ”. Cuidadores espirituais - Capelão do Centro Militar Nacional da Marinha dos EUA. (Military Health System Communications Office, 2020 ²¹)
EUA, 2020	A espiritualidade, que pode ou não incluir a identificação com um ser divino, um grupo de fé específico ou prática religiosa, é adequadamente definida como “ <i>o aspecto da humanidade que se refere à maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam significado e propósito, e à maneira como experimentam seus sentimentos. Conexão com o momento, com o eu, com os outros, com a natureza e com o significativo ou sagrado</i> ”. Conexão, significado e propósito são necessidades humanas essenciais, verdadeiras para todos os profissionais de saúde e para todos os outros. Essa é a essência da saúde espiritual. (Berger, 2020 ²²)
Brasil, 2020	“ <i>Tempos de crise são tempos de sofrimento e dor, mas também de transformação e conversão. O confronto com o sofrimento nos convida, também, a um itinerário interior em busca de iluminação, através de oração e meditação, formas de diálogo com o Divino. Buda começou seu caminho espiritual a partir do contato com a fragilidade humana após abandonar o fausto palácio em que fora criado. Trata-se de um convite universal</i> ”. (Moraes, 2020 ²³)

Fonte: Sant’Ana, Silva e Vasconcelos (2020, p. 75).

O movimento que passamos é mundial, as falas e as conclusões se repetem no mundo todo como um eco que pede socorro e mudanças no fazer dos profissionais da saúde, valorizando valores pessoais. Uma exigência do conhecimento do transcendente, com necessidade de atendimento mais humanizado e com todas dimensões e peculiaridade. Não somente doenças, e sim o ser humano como um todo (SILVA; SILVA, 2010). Nesse sentido, a fala de E5, coaduna e ilustra os resultados do estudo de Sant’Ana, Silva e Vasconcelos (2020):

(...) Nós da terapia intensiva somos um povo destemido, nós não temos medo, do que a gente enfrenta né...? Seja da doença, seja do cuidado que a gente precisa fazer, sendo o paciente mais crítico.... Mas frente a pandemia foi um momento em que houve preocupação, a equipe teve medo... foi o momento em que nós da terapia intensiva paramos, tivemos medo de trabalhar e pensamos muitas coisas (...) (E5, 2021).

Como evento inesperado, a pandemia trouxe temor a todos, paralisando-nos e remetendo-nos à reflexão e à introspecção, a buscar mais sentido à vida espiritual

e valorizar aquilo que as experiências nos ensinam e agregam como valor individual (SANT'ANA; SILVA; VASCONCELOS, 2020). O verbo “parar”, tanto na fala da entrevistada quanto da autora do estudo, traduzem-no como um momento para reflexão.

Ao comparar, a partir dos relatos, em que situações os profissionais da saúde sentiram-se preparados frente às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes, podemos observar que os profissionais usaram de suas intuições e conhecimentos individuais sobre o tema. Em maioria, não se lembravam de terem sido preparados na formação com foco no tema espiritualidade ou religiosidade. Pelo contrário, houve menções à impossibilidade de falar sobre o assunto por questões éticas que não soube explicar, somente respondendo como “respeito” ao paciente. Ainda que o HCPA seja uma instituição voltada a valorizar as questões espirituais, participando de trabalhos e promovendo aberturas para as escolhas pessoais dos pacientes, 50% dos entrevistados fizeram referência a não achar que seja valorizado o questionamento da religião do paciente na anamnese, podendo nos fazer acreditar que há uma abertura para promover um trabalho e espaço educativo. Assim, a situação de crise e de sobrecarga de trabalho nos espaços de enfermagem não alteraram os protocolos: saúde e espiritualidade continuam separadas ou em paralelo ao pensar os cuidados do paciente, quando o profissional percebeu alguma necessidade, agiu pela sua intuição.

Por fim, com o objetivo de relatar as principais experiências de superação de obstáculos e expressão de experiências com o sagrado no processo de cuidar dos indivíduos (paciente e familiares, equipe de trabalho), posso destacar algumas vivências importantes:

(...) situação marcante para mim foi ver grupos da igreja local, se deslocando até o hospital (lugar que todos tinham pânico de acessar) exclusivamente para orar e falar do amor de Deus (...) isso certamente foi injeção de ânimo a equipe (Obs7, 2021).

(...) orei com a população, é emocionante!! Aquelas pessoas se entregam por nós (...) (Obs 8, 2021).

(...) fomos presenteados, em fevereiro, quando bastante sobrecarregados. de presente: um saquinho com uma oração, um banho de ervas e um incenso caseiro... e ali naquela oração tinha coisas falando sobre a missão de vida, sobre estar ali naquele momento (...) e também aparecia um anjinho e um bombom (...) sempre fortalecendo a nós e aquilo era muito bom (E4, 2021).

A descrição desses profissionais foi de muita emoção porque, apesar de estarem na tarefa de cuidar, sentiram-se cuidados por pessoas que, até então, não tinham qualquer relação. Cenas como orações na calçada do hospital com louvores apareceram em redes sociais e vídeos de Whatsapp. Alguns presentes chegavam para as equipes que faziam a linha de frente, desde a pizza até kits com incenso, cristais e mensagens de apoio e sobre a missão de cuidar da enfermagem enviadas pelas comunidades municipais.

A oração permeou todas as unidades hospitalares, pacientes faziam da oração uma linha direta com o sagrado, uma busca de um socorro, que, até em alguns de seus momentos mais críticos, ainda não havia chegado. Oravam antes de serem intubados e colocados em sedação para ventilar mecanicamente e oravam após esse período de intubação com sentimento de gratidão pela passagem de uma fase. Ainda, sabiam que poderiam contar com a oração de familiares e amigos, pois o serviço de enfermagem fixava nas paredes dos boxes da UTI as mensagens enviadas por eles. A enfermagem foi além de cuidadora, sendo guardiã de seus pacientes e utilizou da oração para buscar alívio.

(...) paciente estava pré-intubação, muitos pediram um momento de oração (E3, 2021).

(...) no espaço pós extubação por covid, os cartazes de oração da família ... no vidro do box trouxeram uma sensação de felicidade de estar protegido pela família, de estar cuidado por algo maior (E4, 2021).

(...) equipe passou a enfrentar esse cenário do desconhecido e muitas pessoas sentiram a necessidade de orar e muitos que não tinham esse hábito se fortaleceram na esperança de que havia (há) um Deus cuidando de cada um (Obs 4, 2021).

A partir dos relatos de situações em que os profissionais da saúde se sentiram preparados frente às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes, podemos observar que os profissionais usaram de suas intuições e conhecimentos individuais sobre o tema. Essa dinâmica própria dos profissionais indica a necessidade de apoio e as possibilidades que se abrem para o Ensino na Saúde.

7.2 O TEXTO PRODUTO TÉCNICO

Tendo presente que Ensino na Saúde é uma área de atuação que busca compreender os processos e os modos como as pessoas aprendem ou buscam

resolver os problemas que derivam do cuidado na saúde, entendo que a temática envolvendo a relação entre cuidado na saúde e espiritualidade precisa ser analisada com mais profundidade. Nesse sentido, a espiritualidade destacou-se como um dos fatores que se expressa cada vez mais no cotidiano dos espaços hospitalares. Nesta manifestação, dois fatores se destacaram:

- (I) a espiritualidade como fator diferencial que intervém no cotidiano do cuidado, não sendo apenas a expressão de busca pelo significado da vida ou de relacionamento com o sagrado/transcendente e
- (II) como expressão de esperança ou superação de obstáculos, para a qual não há, necessariamente, uma ligação com o sagrado, mas sim consiste em manifestação humana que favorece a mudança da percepção pela situação que está vivendo e agrega uma visão além do cuidado biomédico e dá outra qualidade ao cuidado na enfermagem.

Assim, destaco que as razões que motivaram esta pesquisa não só foram pertinentes, isto é, cumpriram com a função de dar conta de uma exigência acadêmica, como também permitiram ampliar a percepção do que ocorreu no trabalho de atendimento aos pacientes Covid-19. Ainda permitiram um olhar diferenciado sobre a realidade. Em trinta e dois anos de graduação, eu nunca havia vivido ou experimentado uma situação de crise ou da necessidade de mudança no modo de atuar de uma forma tão intensa no que concerne exigências de busca de conhecimento e tomada de decisões sobre cuidado em função de algo novo (intensidade da contaminação pelo vírus) e de forma ágil. Isso, sob pena de não conseguir alcançar os objetivos da nossa atuação no sistema de saúde: o bem-estar físico e emocional dos pacientes frente ao desconhecido para ambos, pacientes e equipe.

Foram muitos encontros, com uma vivência pessoal e de um grupo que experimentou momentos importantes na nossa vida profissional. Vivemos situações de sobrevivência, morte, escolhas, temores, vitórias, crescimento e, principalmente, aprendizado sobre um tema por vezes negligenciado. Como profissionais que trabalham baseados em ciência, provas inquestionáveis, a proposta é de direcionar e motivar, com a experiência desta pesquisa, a construção de saberes sobre o tema Saúde e Espiritualidade. Para isso, a proposta é preparar um Podcast e disponibilizá-lo para professores da graduação de enfermagem, bem como material

a ser utilizado em educação continuada e demais núcleos de educação a que interessar o produto técnico.

Ainda cabe destacar que utilizamos o conceito mais abrangente proposto por Eugênio Freire (2013), que aponta que o “podcast consiste em um modo de produção/disseminação livre de programas distribuídos sob demanda e focados na reprodução de oralidade e/ou de músicas/sons” (FREIRE, 2013, p. 68). A produção dessa ferramenta possibilita a agilidade de distribuição nas plataformas disponíveis para aplicação. Dessa forma, “essa tecnologia apresenta um novo campo de ação, promotor de um híbrido entre o que há de mais moderno e mais tradicional na educação: o meio on-line e a oralidade” (FREIRE, 2013, p. 175). Assim, a conceituação dessa tecnologia da informação e comunicação não se limita à sua forma de distribuição, mas contempla também a forma de produção e seus conteúdos, expressando a liberdade característica da mídia e daquilo que o tema espiritualidade exige.

Portanto, como os tempos atípicos exigem novas respostas tecnológicas diante dos problemas epidemiológicos para dar conta das situações problemas, o uso da tecnologia da informação e comunicação na educação busca educar pacientes e profissionais de enfermagem de modo a familiarizar a relação saúde/espiritualidade/cuidado. Isso, a ponto de, quem sabe, lançar um olhar diferente sobre esse assunto, que parece, paradoxalmente, ser ao mesmo tempo antigo e atual.

7.2.1 Produto técnico: PODCAST “DROPS: Pensamentos de Cuidado!”

No podcast “DROPS: Pensamentos de Cuidado!”, serão abordados os seguintes temas:

1. *Por que pensar espiritualidade na enfermagem?*

Razão de ser, pontuando que religiosidade e espiritualidade são conceitos diferentes e que nem sempre isso é dito durante a formação como enfermeira. Ainda, destacar que, em momentos de crise ou limite, as pessoas se apegam as suas crenças

2. *Na escuta da espiritualidade: uma estratégia de cuidado*

Falar como foi importante, no período da pandemia, a escuta do outro e de suas crenças. Como isso foi importante na consolidação de um

vínculo do paciente com a família em função dos distanciamentos, visto que o distanciamento físico não pode materializar o distanciamento dos protocolos e das relações sociais.

3. *Espiritualidade e protocolos de cuidado*

Diante de procedimentos estabelecidos, a incorporação da espiritualidade como tema na formação dos profissionais da saúde busca, na contemporaneidade, contemplar a dimensão espiritual que o paradigma cartesiano da racionalidade não dá conta quanto às demandas e às necessidades dos pacientes.

4. *Experiências de cuidado: quando a espiritualidade se faz necessária para outras práticas possíveis de cuidado*

Uma escuta sobre partes das entrevistas desta dissertação, de modo que as pessoas, ouvindo os relatos, possam perceber a necessidade de atender à demanda e à necessidade do espiritual nos espaços da racionalidade hospitalar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a chegada inesperada da pandemia nos assustamos, paramos e refletimos. Forçadamente limitados pelas paredes do lar, pela paramentação pesada, nos voltamos uns para os outros. Com isso, ao longo do processo de construção dessa dissertação, foi possível perceber situações de mudanças acerca da percepção de saúde e da espiritualidade por parte dos profissionais de saúde identificadas por relatos de mudanças de rotinas.

Um ambiente de empatia e solidariedade se criou entre colegas, pacientes e profissionais da saúde. Agora com uma ferramenta poderosa de apoio, um aparelho celular e a possibilidade do encontro virtual, onde juntos, paciente equipe e família, através dessa nova forma de comunicação oravam juntos uns guardando os outros através da fé e oração. Nessa onda de solidariedade, colegas usavam o tempo de intervalo e descanso para ouvir colegas, principalmente os afastados também de suas famílias pelo medo e risco de contaminarem familiares com alguma comorbidade. Minha colega disse: é a pandemia da resiliência e empatia.

(...) por incrível que pareça, por mais que fosse uma pandemia, eu acho que foi um dos **melhores momentos** do meu ano trabalhando naquele lugar, com aquelas pessoas, porque parece que mesmo que a gente tivesse **numa guerra**, se a gente tava **muito unido**, ... muito, muito próximo, **assim superava uma sensação de preocupação** com outro que eu até hoje não vi na enfermagem (Obs4, 2021).

Encontramos e consideramos copiosa a evidência sobre a influência da espiritualidade na saúde. Contudo, ainda existem alguns desafios a serem completados e explorados. Nesse sentido, entendo ser necessário expandir estudos para abranger a diversidade cultural do nosso país, de modo a dialogar com experiências mais avançadas em outros países para investigar mecanismos pelos quais a religiosidade impacta a saúde. Ainda, desenvolver métodos eficazes e eticamente adequados para integração da espiritualidade na prática clínica e nas políticas públicas de prevenção e tratamento em saúde. Sabemos que podemos auxiliar e crescer juntos em uma exploração dessa desafiadora e misteriosa faceta da experiência humana.

Completando os relatos de superação, trago uma imagem recebida via Whatsapp que muito me emocionou e me deu a certeza de que não estava enganada na minha inflexão ao mudar o tema inicialmente proposto, pois a crise sanitária trouxe à tona necessidades que não valorizávamos em “tempos normais” sem pandemia. Essa imagem inicia meu trabalho na capa desta dissertação e finaliza a apresentação ao apresentá-lo à banca e à comunidade acadêmica.

Figura 9 – Uma presença estampada



Publicação da imagem autorizada pelos envolvidos.

Fonte: mensagem recebida pela autora via WhatsApp de colega enfermeira, que está na foto (2021).

A foto, neste momento é importante, pois chegou a mim como mensagem e com a seguinte descrição: “Nesse dia desenhamos o leão nas costas do nosso

intensivista para espantar a morte. Nós sabemos quem é esse leão, o Leão da tribo de Judá!”. Destaco esse fato, porque fica nele a certeza de um Deus que, durante todo o período de elaboração deste trabalho, se revelou frágil para me acompanhar nas fragilidades do conhecimento, mas também apoio nas buscas de construção, por vezes ferido e adoecido para mostrar-se solidário com minhas dores e perdas, mas o tempo todo cuidando de tudo para a conclusão desse trabalho, porém sabendo que pode estar somente iniciando uma nova missão.

A esse Deus, o meu Deus, toda Honra e toda Glória pela realização e entrega deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. Coronavírus – COVID-19. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://abramede.com.br/coronavirus-Covid-19/#>). Acesso em: 27 out. 2021.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 3, p. 315-323, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2021.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextame, 2011.

BOMFIM, Alexandre. Plano terapêutico: todo paciente merece um para chamar de seu. **GES Saúde**, [S.l.], 14 jun. 2018, atualizado em 15 out. 2018. Disponível em: <https://www.portalgessaude.com.br/plano-terapeutico-todo-paciente-merece-um-para-chamar-de-seu/>. Acesso em: 8 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2012]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 9 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL**, Semana Epidemiológica 34 22/8 a 28/8/2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

DA SILVA, Flávio Rangel; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. Spirituality and transcendence: reflections about nursing carelessness in the age of technology. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 4, n. 3, p. 1180-1187, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6276>. Acesso em: 8 nov. 2021.

DIDOMÊNICO, Letícia da Silva Schran *et al.* Espiritualidade no cuidado em saúde e enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, p. 1-10, 26 set. 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/456/510>. Acesso em: 9 nov. 2021.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>. Epub 29 Mar 2004. ISSN 1518-8787. Acesso em: 27 out. 2021.

FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1463-1474, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/SC3ncDvp9mgfHPDmYzg5Gkc/?lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2021.

FREIRE, Eugênio Paccelli Aguiar. **Podcast na educação brasileira: natureza, potencialidades e implicações de uma tecnologia da comunicação**. 2013. 388f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14448/1/PodcastEduca%C3%A7%C3%A3oBrasileira_Freire_2013.pdf. Acesso em: 9 nov. 2021.

FREIRE, M. A Formação Permanente. *In*: FREIRE, Paulo. **Trabalho, Comentário, Reflexão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

GENOVEZ, C. B. A. *et al.* Humanização no cuidado de enfermagem hospitalar: abordagem sobre os programas do ministério da saúde. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 4, n. 3, p. 269-275, 2008.

GLEISER, Marcelo. **O caldeirão azul: O universo, o homem e seu espírito**. Rio de Janeiro: Record, 2019.

KING, Michael B.; KOENIG, Harold G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 1, p. 116, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-116>. Acesso em: 8 nov. 2021.

LISBOA, Teresinha Covas. **Breve História dos Hospitais: Da Antigüidade à Idade Contemporânea**. São Paulo: Pró-Saúde, 2002.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1961-72, 2018. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/413>. Acesso em: 8 nov. 2021.

MAFFEZZOLLI, Eliane Cristine F.; BOEHS, Carlos Gabriel Eggerts. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 95-110, jan./jun. 2008.

MATOS, Mauricio dos Santos; MATOS, Myrna Elisa Chagas Coelho. O conceito de formação e a pertinência de cursos de formação continuada: em busca de uma formação ambiental crítica, emancipatória e reflexiva. **Educação Ambiental em Ação**, v. IX, n. 33, 2010. Disponível em: http://www.revistaea.org/logo_fb.png. Acesso em: 8 nov. 2021.

MENTE CURIOSA. Bauru, SP: Alto Astral, abr. 2021. ed. 98.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otavio; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et al.* Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, p. 12-15, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpc/a/6x3gs8FknNjrt84LwBSmqKt/?lang=en>. Acesso em: 27 out. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2021.

NEUFELD, Paulo Murillo. Memória médica: a Gripe Espanhola de 1918. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 52, n. 3, 2020. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/memoria-medica-gripe-espanhola-de-1918/>. Acesso em: 9 nov. 2021.

NUMBERS, Ronald L. O eterno conflito entre ciência e religião: um mito? Traduzido por Alexandre Sech Jr. **Revista A3**, p. 18-19, maio/out. 2013. Disponível em: <https://www.ufjf.br/revistaa3/files/2013/10/18-19.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

OBSERVATÓRIO DA ENFERMAGEM. **Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo Ministério da Saúde**. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, Atualização de 27 out. 2021, 13h32min.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré *et al.* Projeto Vida em Quarentena: estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros diante da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1.ESP, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3741>. Acesso em: 20 out. 2021. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3741>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. [Folha informativa sobre COVID-19]. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Brasília, DF: Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, [2021a].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID-19**. Brasília, DF: Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, [2021b].

PERES, Julio F. P.; NEWBERG, Andrew. Neuroimaging and mediumship: a promising research line. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, p. 225-232, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpc/a/QNKXDgcXdW9RV6ZNPSjzs6b/?lang=en>. Acesso em: 8 nov. 2021.

PESSINI, SC, L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. **Revista CLAR**, [S. l.], v. 47, n. 1, p. 101–120, 2009. Disponível em: <https://revista.clar.org/index.php/clar/article/view/526>. Acesso em: 19 oct. 2021.

QUELHO TAVARES, C. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19)/ Dimensions of care from the perspective of spirituality during the new coronavirus pandemic (COVID-19)/ Dimensiones de lo cuidado... **JOURNAL HEALTH NPEPS**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4517>. Acesso em: 8 nov. 2021.

REDE HUMANIZA SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 8 nov. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Painel Coronavírus RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, [2021].

Sabino, Fernando Tavares. **1923-S121 e O Encontro marcado**. 32^a, 33^a e 34^a edições. Rio de Janeiro: Record, 1981.

SANT'ANA, Geisa; SILVA, Cristina Duarte; VASCONCELOS, Maria Beatriz Aguiar. Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 03, p. 71-77, 2020. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/726>. Acesso em: 8 nov. 2021.

SAVIOLI, Roque. **Fronteiras da ciencia e da fé**. São Paulo: Editora Gaia, 2006.

SOUZA, Virgínio Cândido Tosta de; PESSINI, Leo; HOSSNE, William Saad. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Revista Bioethikos**, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012.

UNASUS. **Processo de Trabalho na Atenção Básica – As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho do NASF**. In: Universidade Federal de Santa Catarina, Especialização Multiprofissional na Atenção Básica, [2021]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html. Acesso em: 9 nov. 2021.

VALENTE, T. C. de O. *et al.* Espiritualidade, Religiosidade E Saúde: Velhos Debates, Novas Perspectivas. **INTERAÇÕES**, v. 11, n. 20, p. 85-97, 30 dez. 2016.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS**, v. 4, n. 3, p. 381-589, 2010.

Disponível em:

<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>. Acesso em: 27 out. 2021.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde.

Cadernos CEDES, v. 29, n. 79, p. 323–333, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 vaccine tracker and landscape.**

Geneva, [2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>. Acesso em: 27 out. 2021.

ZOHAR, Danah. MARSHALL, Ian. **QS: inteligência espiritual.** Tradução Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Viva Livros, 2017. Recurso digital.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: *SAÚDE E ESPIRITUALIDADE: REFLEXÕES CUIDADOSAS OU CONEXÕES PARA O CUIDADO? ESTUDO DE CASO NA CRISE SANITÁRIA – COVID-19*, conduzida por Silvana Tozzo Ritta, cujo objetivo é *Analisar as situações de conexão entre saúde e espiritualidade que ocorreram durante o atendimento pela equipe multiprofissional na pandemia da COVID-19.*

Você foi selecionado (a) por ser um (a) profissional de saúde atuante durante a pandemia de COVID-19. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Ademais, a participação não é remunerada, nem implicará gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada com duração máxima de 60min em ambiente apropriado, garantindo privacidade, de acordo com o combinado entre a pesquisadora e o(a) entrevistado(a). As perguntas versarão sobre experiências como profissional de saúde durante a pandemia de COVID-19, em especial aquelas relacionadas a percepções sobre e práticas em espiritualidade do(a) entrevistado(a) e seus(suas) pacientes.

A entrevista será gravada e o conteúdo, assim como todos os dados pessoais obtidos serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual. O sigilo e a confidencialidade serão garantidos. A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar público, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, para que você tire suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Silvana Tozzo Ritta, na Rua Evaristo da Veiga 122 ap 201, Partenon, pelo e-mail silvana.tozzo@gmail.com ou pelo telefone (51) 981825257.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista Dissertação de Mestrado

1. Formação Profissional

- 1.1 Você pode me contar um pouco sobre sua experiência como profissional de saúde? Sua função, tempo de serviço na área...
- 1.2 Você lembra de ser tratado algum tema sobre espiritualidade na sua formação?
- 1.3 Teria interesse em conhecer mais sobre o tema? Sim /não Por quê?

2. Plano Terapêutico

- 2.1 No período da pandemia, você sentiu ou percebeu no paciente alguma mudança ou necessidade de cuidado?
E na equipe, alguma mudança ou necessidade de cuidado?
- 2.2. E sobre a questão espiritual? Sim () não() por quê?
- 2.3. Aconteceu ou acontece algo especial sobre as necessidades dos pacientes covid-19 com relação a espiritualidade?
Sim ...o quê?
Não, por quê?

3. Protocolos

- 3.1. Na sua percepção: Você identificou alguma mudança ou entendimento sobre espiritualidade x saúde após participar dos cuidados dos pacientes COVID durante a pandemia?
- 3.2. Sim, quais? Destas quais as que lhe chamaram atenção?

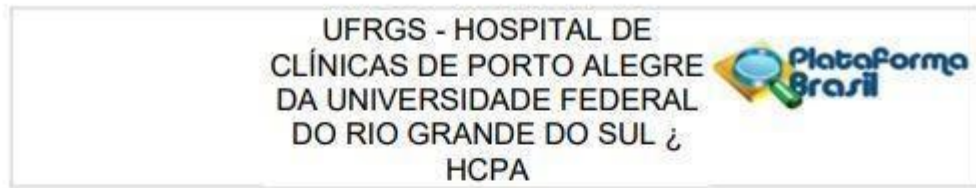
4. Abordagem humanizada

A partir da pandemia do Covid-19,

- 4.1. Quais ou que aspectos técnicos mais mudaram no cuidado com o paciente?
- 4.2. Para você tem sentido pensar saúde e espiritualidade

5. Gostaria de registrar algo mais sobre o assunto?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP E PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desfechos clínicos e gestão da assistência de enfermagem do paciente adulto crítico: Estudo multicêntrico

Pesquisador: MICHELLE DORNELLES SANTAREM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32560920.0.1001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.131.571

Apresentação do Projeto:

O aumento gradual da expectativa de vida, a queda das taxas de natalidade e mortalidade, impulsionou o envelhecimento acelerado da população brasileira. Estes fatores contribuíram de forma grandiosa para a busca de usuários aos Serviços de Saúde por descompensação e deterioração clínica devido ao aumento substancial de complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para o aumento de processos de atendimento a pacientes críticos de uma forma geral. Conhecer os desfechos clínicos e novos padrões de cuidados em saúde se tornam necessários, bem como identificar fatores preditores que interfiram nos aspectos físicos, psíquicos e sociais desta população para adequar os processos em unidades que são referências para este tipo de paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal

Avaliar os desfechos clínicos e os processos de gestão do cuidado de pacientes críticos instituído no âmbito intra-hospitalar.

Subprojeto 1: Objetivos Específicos relacionados aos serviços de emergência

a) Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e clínico os pacientes internados nos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

centrospesquisados nos serviços de emergência.

- b) Analisar as características do acolhimento segundo a classificação de risco, desfechos de pacientes segundo critérios de gravidade e tempos de classificação de risco nos diferentes serviços de emergência;
- c) Analisar os protocolos institucionais vigentes nos Serviços de Emergência, segundo o Processo de Enfermagem.
- d) Analisar indicadores de qualidade em saúde: higienização das mãos, indicadores de infecção hospitalar, quedas de pacientes, satisfação dos pacientes, incidência de lesão por pressão, transferência de cuidado temporária e definitiva e aplicação diária do processo de enfermagem em todas as suas etapas;
- e) Analisar indicadores de gestão de pessoas: absenteísmo, turnover, dimensionamento, capacitação e satisfação no trabalho.

Subprojeto 2: Objetivos Específicos relacionados aos serviços ou centros de terapia intensiva

- a) Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e clínico, os pacientes internados nos centros pesquisados nas Unidades de Terapia Intensiva.
- b) Analisar os desfechos de pacientes segundo critérios de gravidade e tempo decorrido entre a solicitação de leito em UTI e a efetiva admissão do paciente.
- c) Analisar os protocolos institucionais vigentes nas Unidades de Terapia Intensiva, tais como Protocolo de pausa de sedação, Protocolo de extubação, Protocolo de mobilização precoce, Protocolo de insulina.
- d) Analisar indicadores de qualidade em saúde: higienização das mãos, indicadores de infecção hospitalar relacionada à assistência em saúde, quedas de pacientes, satisfação dos pacientes, incidência de lesão por pressão, transferência de cuidado temporária e definitiva, aplicação diária do processo de enfermagem em todas as suas etapas e taxa de readmissão na UTI em 48h após a alta;
- e) Analisar indicadores de gestão de pessoas: absenteísmo, turnover, dimensionamento, capacitação e satisfação no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão adotadas medidas para minimizar o risco de exposição de dados dos sujeitos de pesquisa. A

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

confidencialidade dos registros dos participantes será assegurada pelos pesquisadores responsáveis. Para a organização do banco de dados, será adotado número de identificação sequencial atribuído para cada participante, acrescido de informações como número de registro de prontuário e data de nascimento com vistas a minimizar erros de identificação.

Benefícios:

Espera-se que este estudo ofereça, como produtos de seus resultados: (1) literatura atualizada que forneça subsídios aos professores para o desenvolvimento da temática na formação da graduação e pós-graduação; (2) levantamento de dados clínicos e epidemiológicos que tais pacientes apresentam, bem como sobre seus determinantes e a necessidade da busca de atendimento nestes setores; (3) subsidiar a padronização de metodologia para diagnóstico e monitoramento das condições de segurança do paciente no atendimento ao paciente crítico; De modo indireto, portanto, ao atuar no loco das práticas dos serviços de emergência e centro de terapia intensiva espera-se promover a cultura de segurança do paciente neste âmbito dentro do sistema público de saúde. Por outro lado, espera-se contribuir para a formação de futuros enfermeiros que aproximando os mesmos desta realidade tão presente dentro dos mais diversos Serviços de Saúde, fomentando formação tecnológica voltada às demandas da dessa população de maneira holística, humana e ética.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte (prospectiva e retrospectiva), multicêntrico de abordagem quantitativa.

O estudo será desenvolvido nos Serviços de Enfermagem em Emergência e Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI), dos seguintes hospitais: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Hospital Cristo Redentor (HCR) ambos pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A população do estudo será constituída, de forma consecutiva e conforme o objetivo abordado por pacientes que forem internados nos centros e unidades acima descritas no período de 2019 a 2023. Amostra calculada de 458 sujeitos, sendo pacientes adultos, ambos os sexos, com idade a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

partir de 18 anos, atendidos e hospitalizados há mais de 24 horas nas instituições acima descritas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE e TCUD.

Recomendações:

Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de recrutamento, triagem e novas inclusões de participantes na instituição, estão temporariamente suspensas. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações (gppgcontingencia@hcpa.edu.br).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.100.693 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 21/06/2020. Não apresenta novas pendências.


Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto e TCLE versão de 21/06/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 458 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (2020-0286) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 **Fax:** (51)3359-7840 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL** 
HCPA

Continuação do Parecer: 4.131.571

d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.

e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1563423.pdf	21/06/2020 12:35:27		Aceito
Outros	Plano_Recrutamento.pdf	21/06/2020 12:35:06	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HCPA.pdf	21/06/2020 12:34:43	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	21/06/2020 12:32:35	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente_Critico.pdf	21/06/2020 12:28:33	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Marga_D.pdf	27/05/2020 23:10:10	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Marga_I.pdf	27/05/2020 23:09:50	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Fabiano_D.pdf	27/05/2020 23:09:32	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Fabiano_I.pdf	27/05/2020 23:09:11	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Maria_D.pdf	27/05/2020 23:08:51	MICHELLE DORNELLES	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 4.131.571

Outros	Termo_Maria_D.pdf	27/05/2020 23:08:51	SANTAREM	Aceito
Outros	Termo_Maria_I.pdf	27/05/2020 23:08:31	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Outros	Delegacao_Funcoes.pdf	27/05/2020 22:26:09	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/05/2020 17:15:11	MICHELLE DORNELLES SANTAREM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Julho de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br