



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Mestrado

**CUIDADO DE ENFERMAGEM NA COMPLEXIDADE
HUMANA: UM ESTUDO SOBRE A ESPIRITUALIDADE
NO CONTROVERSO DISCURSO DE
(DES)HUMANIZAÇÃO**

FLÁVIO RANGEL DA SILVA
Orientador: Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

**Rio de Janeiro
Setembro de 2010**

FLÁVIO RANGEL DA SILVA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM NA COMPLEXIDADE HUMANA: UM
ESTUDO SOBRE A ESPIRITUALIDADE NO CONTROVERSO DISCURSO DE
(DES)HUMANIZAÇÃO**

**PESQUISA INSTITUCIONAL: SITUAÇÕES DO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: DESUMANIZAÇÃO OU
DESCUIDADO?**

Orientador: Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

**Rio de Janeiro
Setembro de 2010**

S586 Silva, Flávio Rangel da.
Cuidado de enfermagem na complexidade humana um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des)humanização / Flávio Rangel da Silva, 2010.
104f.

Orientador: Roberto Carlos Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermeiros e pacientes. 2. Enfermagem – Aspectos psicossociais. 3. Cuidados em enfermagem - Planejamento 4. Enfermeiros – Conduta 5. Espiritualidade. 6. Desumanização. I. Silva, Roberto Carlos Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730699

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

SILVA, Flávio Rangel. Cuidado de enfermagem na complexidade humana: um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des)humanização. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof^o. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

1^o. Examinador: Prof^o. Dr. William César Alves Machado
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

2^o. Examinador: Prof^a. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

Suplente: Prof^a. Dra. Silvia Teresa Carvalho de Araujo
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Suplente: Prof^o. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO

Defendida a Dissertação em: 14 de setembro de 2010.
Conceito: APROVADO
Rio de Janeiro, 14 de outubro de 2010.

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra a minha esposa, Denise, que tem sido a razão de tudo em minha vida sendo minha inspiração e motivação para realizar essa obra e tudo que até hoje fiz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus pela oportunidade da evolução intelectual, em especial esta obra que muito me auxiliou também em minha evolução espiritual.

Aos membros da banca que operaram grande ajuda na manutenção do foco da pesquisa e por terem me honrado com a vossa participação.

À todos do Programa de pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, desde dos servidores da limpeza ao seu coordenador pela atenção e apreço a nós proporcionado.

Ao meu orientador Professor Dr. Roberto Carlos por ter aceitado este desafio e tanto ter contribuído para chegar a termo esta obra.

Aos colegas de trabalho, destacando Carol, Cristina e Renato que foram incentivados incondicionais não permitindo que eu desanimasse.

Aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, sem os quais isso não seria possíveis.

Aos enfermeiros-pesquisadores que me auxiliaram na coleta de dados.

Á meus pais, Lili e Luiz, meus filhos Flávia, Fernanda, Edson e Ana Luiza e minhas netas Gabriella e Valentina.

RESUMO

SILVA, Flávio Rangel. **Cuidado de enfermagem na complexidade humana: um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des)humanização**. 2010, 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

O objetivo desta pesquisa foi verificar o quanto os profissionais de enfermagem tem se preocupado com a dimensão espiritual de seus clientes no cuidado de enfermagem em unidades cardiológicas, se eles a reconhecem como dimensão humana a ser considerada durante a assistência e como essa preocupação se manifesta no cotidiano do cuidado. Acreditamos que o atendimento a essas necessidades é tão importante quanto o atendimento das de ordem psicobiológicas e psicossociais. A fim de ampliar as possibilidades de investigação do tema, aplicamos uma abordagem multimétodos, no qual o método qualitativo foi complementado por dados quantitativos, permitindo maior aprofundamento da análise e discussão dos dados produzidos. Nos apoiamos na multireferencialidade, construindo um referencial teórico à posteriori, trabalhando com a multiplicidade de teóricos das diferentes áreas de conhecimento, considerando que a espiritualidade humana é um objeto cuja análise depende de uma transdisciplinalidade. Participaram do estudo 28 profissionais entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam em diferentes unidades de internação em um hospital público federal, referência em cardiologia localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos a partir de uma entrevista gravada em mídia digital, transcritas. Emergiram duas categorias: A espiritualidade na perspectiva energética: momentos em que a dimensão espiritual dos clientes torna-se elemento importante para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem e o cuidado com a dimensão espiritual no controverso discurso de desumanização, nas quais foi possível constatar que muito embora os profissionais de enfermagem tenham se mostrado preocupados com a espiritualidade humana, percebe-se ainda o quanto ainda é confundida com a idéia de religião. Não obstante, foi possível observar também nas falas que, em que pese o fato da espiritualidade ter sido considerado como uma dimensão que carece de cuidados, deixar de pensar nela durante a assistência não inviabiliza o entendimento de que o

cuidado é uma ação humana, sendo descabida, portanto, a idéia de desumanização. Entretanto, concluimos, ao final desse estudo, que devemos nos despir de preconceitos que possam se constituir em barreiras para pensarmos na espiritualidade em nosso cotidiano de cuidar e ensinar e a cuidar. Temos convicção que o momento é oportuno para essas mudanças, e que só depende de nós.

Descritores: enfermagem; cuidado; espiritualidade; desumanização.

ABSTRACT

SILVA, Flávio Rangel. Nursing care in human complexity: a study of spirituality in controversial speech (De)humanizing. 2010, 101 f. Dissertation (Mestrado em Enfermagem). Federal University of Rio de Janeiro - UNIRIO, Center for Life Sciences and Health, Rio de Janeiro.

The objective of this research was to investigate how professionals nursing have been concerned with the spiritual dimension of their clients in nursing care in cardiac units, if they recognize as a human dimension to be considered during service and such concern is manifested in the daily care. We believe that attending to these needs is as important as the care order of psychobiological and psychosocial. In order to expand possibilities to investigate the issue, we apply an approach multimethod, in which the method was complemented by qualitative data quantitative, allowing more in-depth analysis and discussion of data produced. We rely on multiple references, building a theoretical framework to the post, working with the multiplicity of theorists from different fields of knowledge, whereas human spirituality is an object whose analysis depends on a transdisciplinidade. The study included 28 professionals from nurses and nursing assistants working in different units admission to a public hospital federal cardiology referral located in Rio de Janeiro. The data were produced from an interview recorded in digital media, transcribed. Emerged two categories: Spirituality in the energy outlook: times that the spiritual dimension of clients becomes important to care provided by nurses and care with spiritual dimension in the controversial speech of dehumanization, in which it was established that although the nurses have been shown to be concerned about human spirituality, we find yet how much is still confused with the idea of religion. Nevertheless, was also observed in the speech that, despite the fact that Spirituality has been regarded as a dimension which needs care, thinking of her during the service does not invalidate the understanding that care is a human action, is misplaced, therefore, the idea of dehumanization. However, we conclude at the end this study, we must strip ourselves of prejudices that may constitute barriers to think of spirituality in our daily care and teaching and caring. We are convinced that the time is appropriate for these changes, and that only depends on us.

Keywords: nursing care, spirituality, dehumanization.

Sumário

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO TEMA E DO PROBLEMA.....	11
2- VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS EM UNIDADES CARDILÓGICAS: A escolha do cenário.....	18
3 – A BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA O OBJETO DE ESTUDO.....	20
3.1 - O ser em transformação: de Maslow à psicologia transpessoal e a teoria do cuidado humano.....	21
3.2 - Revisitando o cuidado na concepção da enfermagem transpessoal	26
3.3 - Dimensões da Religiosidade e Espiritualidade	28
3.4 - Milagres: Materialização de Leis Superiores na dimensão humana	29
3.5 - Sobre Cuidado e Humanização	32
4 - METODOLOGIA	38
4.1 – Transdisciplinar e Multireferencial: a importância do enquadramento teórico.	40
4.2 – A Produção e Organização dos Dados	43
4.3 - A Amostra e os Sujeitos da Pesquisa	44
4.4 - Critérios de seleção	45
4.5 - Os Cenários do Desenvolvimento da Pesquisa	46
5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
2ª. Categoria de análise.....	63
3ª. Categoria de Análise.....	79
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	99
Roteiro para Entrevista.....	102
Apêndice II – Parecer do Comitê de Ética.....	104

1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO TEMA E DO PROBLEMA

Tema da Pesquisa

O tema e o problema dessa proposta de investigação científica tem a ver com a dimensão espiritual do ser humano e sua interface com o discurso de (Des)humanização na assistência de enfermagem. Embora possamos acreditar que saúde tem a ver com um estado de bem estar físico, psíquico, familiar, financeiro, profissional, ambiental, social e espiritual, nos preocupamos pouco ou quase nada com a nossa própria espiritualidade e de nossos clientes, também.

A Declaração de Veneza, documento oficial resultado de um encontro patrocinado pela UNESCO, em março de 1986, de cientistas e sábios mundialmente reconhecidos considera o Ser humano como um Ser *bio-psico-social-espiritual*. Entretanto na prática, quando cuidamos do ser humano, costumamos, por uma série de razões, privilegiar o atendimento de necessidades afetadas relativas à materialidade do corpo e sua biogenicidade, em detrimento daquelas relacionadas à dimensão subjetiva, como a espiritualidade, por exemplo. Nessa perspectiva, muitos foram os teóricos e muitos foram os trabalhos e artigos produzidos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que procuraram trazer explicações para esse fenômeno.

Entretanto, mesmo com tanta discussão acerca dessa temática, continuo me questionando: Por que tantos ainda insistem em desconsiderar o Ser na sua dimensão Espiritual quando prestam cuidados de enfermagem? É possível atribuir tal comportamento aos avanços da tecnologia no setor saúde e a sua incorporação/integração cada vez maior ao organismo humano? Em que momentos e como se manifesta o cuidado com a dimensão espiritual quando assistimos e cuidamos de nossos clientes? Como o descuido com a dimensão espiritual do ser humano se relaciona/confunde com a idéia de desumanização na assistência de enfermagem?

Esses questionamentos, embora latentes durante muitos anos, nunca me incomodaram tanto como tem incomodado no dias de hoje. Talvez, o fato de não ter ainda as bases que me possibilitariam entender melhor o Ser humano como um ser, também espiritual, de modo que esse entendimento não fosse algo apenas místico ou mágico, tivesse contribuído para esse estado de latência.

Hoje, mais do que no passado, o tema *dimensão espiritual do Ser humano*, tem sido tratado com uma perspectiva mais científica e tem sido amplamente pesquisado, pelos profissionais de saúde, que voltam sua atenção, ainda que muito timidamente, para o cuidado, em detrimento da cura. Isso nos mostra que vivemos em uma época propícia para mudança de comportamento e atitudes frente ao Ser humano, o que não obrigatoriamente significa dizer que estamos nos humanizando ou que no passado éramos desumanos em nossas práticas.

A medicina moderna encontra-se em fase de transição e está à procura de novas fronteiras e caminhos para a evolução do conhecimento. O direcionamento científico da medicina aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, com reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade (KOENIG, 2004). Acredita-se que a medicina, após ter passado por diferentes momentos ou fases, hoje, depois de ter voltado sua atenção para o corpo e para a mente, tem voltado suas atenções para o espírito. Para Lucchese (2010), as doenças da alma, geram doenças no corpo e quando não cuidamos do espírito, abrimos espaço para o trio maléfico: raiva, inveja e vaidade, o que para nós nada mais são que energias negativas.

Revistas de alto impacto científico abrem espaço para artigos relacionados a esse tema, tais como *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*, *American Journal of Psychiatry*, *JAMA*, entre dezenas de outras (KOENIG et al., 1998).

A partir da perspectiva energética, a física quântica nos traz hoje inúmeras e significativas contribuições para o entendimento e a valorização da dimensão espiritual, que até então não era considerada pela física clássica e pelas demais ciências de natureza Cartesiana através delas podemos entender como a falta de cuidado com o espírito poderá provocar doenças no corpo.

Nos hospitais, os clientes, cada vez mais necessitados de cuidados com a sua espiritualidade, exigem de nós, profissionais de saúde, ainda despreparados do ponto de vista técnico-científico, cuidados que transcendam os de natureza biológica e racional. Eles sentem a necessidade de serem tratados como Seres Humanos, em todas as suas dimensões. Não querem mais ser tratados apenas como doente. Exigem de nós que sejam assistidos e cuidados como um todo, em seus aspectos e dimensões física e material, biológica e emocional, social e espiritual (OKON, 2005).

Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do cliente incompleta. Apesar de dois terços das escolas médicas americanas em 2001 lecionarem cursos obrigatórios ou eletivos sobre religião, espiritualidade e medicina (BARNARD et al., 1995), lá, poucos profissionais de saúde hoje percebem as necessidades espirituais dos seus clientes.

A atenção aos aspectos da espiritualidade humana se tornaram cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, principalmente nos dias atuais, onde os avanços da tecnologia, quando utilizados equivocadamente, poderão limitar nossas ações de cuidar, fazendo com que os aspectos biológicos e racionais continuem sendo muito mais valorizados do que aqueles subjetivos.

Entretanto, Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade como parte integrante da dimensão do ser humano. Quando nos referimos à espiritualidade, a concebemos como um estado de consciência no qual o indivíduo é capaz de reconhecer em si a vida e a mesma vida em tudo e em todos. Entretanto, trata-se de uma consciência não condicionada pela mente. Nesse sentido, as palavras ditas e ouvidas em um ensinamento espiritual apenas apontam para o estado de consciência essencial do ser humano.

Essa concepção nos permite entender que a espiritualidade é sim uma dimensão da pessoa humana que está diretamente relacionada aos diferentes modos e estilos de vida, e esses modos ou estilos de viver são condicionados e determinados pela nossa espiritualidade. Assim, podemos afirmar que é a partir dela que buscamos alcançar a plenitude de nossa relação com o transcendente.

Não é novidade para nós que o estilo de vida é um dos fatores determinantes para diferentes doenças, em particular, as cardiovasculares, cérebro-vasculares e as neoplasias. Então, pensar a espiritualidade como condicionadora dos diferentes estilos e modos de viver pode nos ajudar a entender o porquê devemos cuidar dessa dimensão humana como caminho para se buscar o estado de saúde, e a enfermagem precisa atentar para isso quando cuida.

Acerca da transcendência, acreditamos no importante papel do inconsciente individual e coletivo, sobretudo no âmbito dos fenômenos impossíveis de serem quantificados, em particular aqueles que dizem respeito à subjetividade de nossa existência.

A possibilidade de ir além e romper aquilo que nos é interdito, faz da transcendência um importante caminho para a busca das realizações humanas, mesmo diante de situações tão adversas como a proximidade da morte.

Para Grof (1994, p. 113) a consciência transpessoal é tão infinita que se estende para além dos limites de tempo e espaço de nossa dimensão como seres mortais. Isso nos dá a devida noção de nossas potencialidades enquanto seres humanos, que vão além do concreto e daquilo que é tangível, mas que ainda não conseguimos, na condição de profissionais de saúde, explorar terapêuticamente.

Ainda citamos Grof (1994, p. 23), em *Mente Holotrófica* o autor apresenta uma nova e desafiadora compreensão do universo capaz de reafirmar e reforçar nosso entendimento acerca da importância da subjetividade, espiritualidade e transcendência no processo de restauração da saúde e no processo de cuidar. Para o autor, matéria e vida são apenas abstrações extraídas do holomovimento, ou seja, do todo. Daí compreendermos que matéria (corpo) e vida (espírito), fazem parte de um mesmo todo e que jamais deveriam ter sido fragmentados.

Corroborando com o movimento acerca do ser humano individual, Lowen (1990, p. 12) citando Huxley, salienta que o homem, é regido por três formas de Graça: a Animal, a Humana e a Espiritual. Embora possamos ter na Graça Animal, que nos dá a possibilidade de nos abirmos para *os benefícios do Sol e para o sopro da ar*, em que pese o fato dela ainda nos ser necessária, ela não basta para reger a vida humana. Sem a Graça Espiritual também, quando alguém adota deliberadamente um estilo Gracioso sem fundamentá-lo em sensações corpóreas de prazer, essa Graciosidade não passa de uma fachada criada para impressionar ou enganar os outros e a si próprio. Então adoecemos por conta disso.

Para Lowen (1990), a sensação subjetiva de saúde é um sentimento de vitalidade e prazer com o próprio corpo, algo que às vezes aumenta de intensidade e acaba adquirindo a feição de uma sensação de júbilo espetacular.

É, portanto, a Graça Espiritual, o senso de união com uma ordem superior que só é alcançada a partir da transcendência, quando conseguimos transcender a nossa Graça Animal, nosso próprio corpo. Assim, compreendemos qual a importância da Graça Humana, aquela que reflete o modo como tratamos o nosso semelhante e o quanto essa Graça, a exemplo da Graça Animal, depende fundamentalmente da Graça Espiritual.

Rocha e Christensen (1999), em sua obra *Marketing, teoria e Prática no Brasil* ao citar a Hierarquia das necessidades de Maslow (Fisiológicas; de Segurança; Sociais; de Participação e Afeição; de Estima e de Auto-realização), relata uma 6ª. necessidade que não é mencionada entre os autores recentes, qual seja a **necessidade de auto-transcendência**, onde as pessoas buscam se conhecerem interiormente e harmonizar-se com a natureza, com os outros, com a sociedade, com o Espírito e o Cosmo.

Corroborando com esse entendimento acerca da transcendência Machado (2006), salienta que para que possamos falar em transcendência faz-se necessário pensar em Cosmos, em abordagem holomônica, em multidimensionalidade, em campos de evolução da consciência e da psique.

Lepargneur (1994), fala a respeito de uma terceira dimensão na constituição do ser humano denominado pelo autor como *abertura da transcendência*. Para Lepargneur embora a unidade da substância humana possa ser adquirida, trata-se de uma unidade cujo espírito emerge da matéria por um conhecimento que vai além do chão da sensação animal.

O movimento de abertura à transcendência é de intencionalidade virtualmente religiosa, como que uma atração ao sagrado sem, contudo determinar qualquer opção confessional ou dogmática, muito menos demoniacal ou institucional. Entretanto, a palavra transcendência continua sendo entre as ciências humanas positivistas, algo ainda fora de nossa zona de verificabilidade. Muito embora a transcendência possa ser entendida por muitos dessa forma, já podemos observar algumas mudanças de pensamento, inclusive dentro de áreas de conhecimento reconhecidamente positivistas, como a física.

Para Capra (1992), transcendência é entendida como uma jornada para além do espaço e do tempo e profetiza assim:

Mais cedo ou mais tarde, a física nuclear e a psicologia do inconsciente se aproximarão cada vez mais, já que ambas, independentemente da mente e corpo, são capazes de transcender às capacidades comuns da totalidade corpo-mente. Incluem-se aqui as experiências fora do corpo, fenômenos ocultos, duns, viagem astral, precognição, telepatia, clarividência, psicocinese e fenômenos correlatos.

Alguns teóricos da área da enfermagem como Machado (2006), têm trazido à discussão acerca da transcendência para dentro da prática da enfermagem, dando-lhe um enfoque científico. Para o autor, transcender significa viver situações-limite as quais, em

determinados momentos da vida, acabam afastando o indivíduo de seu fluxo da vida, do ambiente de trabalho, da proximidade da família e dos amigos para, em seguida, retornar ao ponto de partida. Para o autor, trata-se de um momento de aprendizado e crescimento humano, na qual o indivíduo adquire uma nova visão do mundo, agora, com consciência substancialmente ampliada e se vendo como alguém que é diferente, que é capaz de, agora, perceber e ter consciência de sua insignificância diante da infinita multidimensionalidade que envolve a existência humana.

As idéias de Machado (2006), de Lowen (1990) e Lepargneur (1994), nos permitiu compreender e acreditar que cada vez mais os fenômenos de transcendência tem uma íntima *emergência espiritual*, expressão utilizada na linguagem corrente da psicologia transpessoal e definitivamente assumida pela ciência após os estudos antropológicos de Grof (1989). Machado (2006), ressalta ainda que a expressão *emergência espiritual* tem um sentido de urgência e oportunidade de ascensão a um outro nível de consciência superior, uma evolução para um plano superior do Cosmos.

Nossa preocupação com a espiritualidade parece encontrar uma justificativa em Grof (1989), que entende que a crise global que a humanidade atravessa deve-se a perda de sua espiritualidade, e que essa perda ameaça sobremaneira nossa própria sobrevivência e de todas as formas de vida do planeta.

Na concepção do autor, a perda de nossa própria espiritualidade talvez tenha a ver com o fato de que hoje em uma época, marcadamente racional e tecnológica, cada vez mais, um número cada vez maior de pessoas deixaram de sentir a presença de Deus e perderam sua fé progressivamente; e o que é pior, não conseguem sequer sentir a Sua ausência em suas vidas.

Muito embora os enfermeiros tentem cada vez mais tratar a espiritualidade com uma conotação científica, o que para Machado (2006), tem sido uma tendência, ainda nos esbarremos em algumas dificuldades, sobretudo quando nos deparamos com a idéia de religião associada ao termo espiritualidade, dando-lhe uma abordagem dogmática, que a nosso ver, poderia comprometer a cientificidade dessas produções.

Embora possa parecer que estamos preocupados com a transcendência humana, o problema que se vislumbra nesse estudo, tem a ver com a dimensão espiritual humana nos cuidados de enfermagem diante de um mundo cada vez mais tecnológico e racional.

Pensar nesse problema, como um problema de pesquisa tem sido para nós enfermeiros, uma aventura desafiadora, sobretudo se tentamos articular a idéia de que seria um descuido deixar de considerar a dimensão espiritual do Ser humano durante a assistência e a prestação de cuidados, mesmo quando nos apoiamos em referenciais teóricos múltiplos, como a psicologia transpessoal. Nossa preocupação ao abordar esse tema é tentar garantir uma investigação com resultados cada vez mais aceitos e respeitados pela comunidade acadêmica hegemônica, de natureza estritamente racional, ainda.

Assim, diante da tendência apontada por Machado (2006), na qual os enfermeiros passam a investigar temas e objetos relacionados à espiritualidade humana, com uma conotação mais científica e referencial teórico múltiplo, e da necessidade sentida por nós de trazeremos a questão do cuidado com a dimensão de nossos clientes, delimitamos como objeto de estudo para essa pesquisa, o cuidado com a dimensão espiritual e a necessidade de transcendência na assistência de enfermagem em unidades cardiológicas.

2- VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS EM UNIDADES CARDILÓGICAS: A escolha do cenário

Optamos pelas unidades cardiológicas por tratar-se de uma unidade ou área de atuação do profissional de enfermagem, na qual por mais de 20 anos, desenvolvi e contínuo desenvolvendo minhas atividades como enfermeiro, e onde pude perceber o quanto tem sido muito difícil para nós, profissionais de enfermagem lidar com essa dimensão ou necessidade humana, sobretudo quando a doença afeta o coração de nossos clientes, órgão que no senso comum está fortemente associado a vida, e as emoções e sentimentos humanos.

Não raras foram às vezes em que pude perceber que ficava estampado nas faces dos profissionais de enfermagem a sensação de impotência diante da constatação de que seus doentes precisavam, terem atendidas as necessidades de ordem mais subjetiva, como a espiritualidade, por exemplo.

Constatei também, que muitos profissionais não eram capazes sequer de perceber a espiritualidade como dimensões humana (espiritual e transcendental), motivo pelo qual não conseguiam perceber quando necessidades relacionadas a essa dimensão eram afetadas. Em algumas situações, embora tivesse a preocupação com a dimensão espiritual e a entender-se como uma necessidade humana básica, também não me sentia preparado o suficiente para ajudar meus clientes a atendê-las quando afetadas.

Hoje, ainda que me sinta um pouco mais bem preparado o para ajudar meus clientes a atenderem essas necessidades, como gerente do cuidado e da assistência de enfermagem, e em alguns momentos e como professor que ensina a cuidar de seres humanos, me sinto na obrigação de trazer algumas contribuições em termos de conhecimento produzido acerca do cuidado com a espiritualidade humana, de modo que possamos nos aproximar o máximo possível de um cuidado complexo, tecido em conjunto, onde o cliente possa ser visto como um organismo indivisível, corpo, mente e espírito, razão pela qual, pensamos oportuno delimitar esse objeto de estudo para investigação.

Desse modo considerando a necessidade de auto-transcendência e a importância de se oferecer aos nossos clientes um cuidado transcendental que inclua a espiritualidade humana, e o impacto dos avanços tecnológicos no setor saúde e a re-

configuração dos corpos e do humano, apresentamos as seguintes **questões norteadoras**:

1. A enfermagem quando assiste ou quando cuida de seus clientes, se preocupa em atender a dimensão espiritual?
2. Na prática de assistir e cuidar em enfermagem em unidades de internação cardiológicas, em quais momentos podemos observar manifestações de cuidado com a dimensão espiritual de nossos clientes?
3. Que estratégias são utilizadas pela equipe de enfermagem para resolver problemas relacionados e essa dimensão?
4. De que maneira o descuido com a dimensão espiritual se relaciona com a idéia de desumanização da prática de cuidar em enfermagem?

Essas questões norteadoras, pela sua complexidade, nos fez pensar nos seguintes **objetivos** para esse estudo:

- 1- Descrever o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem em unidades cardiológica de internação hospitalar.
- 2- Identificar se a enfermagem se preocupa em atender as necessidades relacionadas à dimensão espiritual de seus clientes.
- 3- Identificar em que momentos o cuidado com a dimensão espiritual se manifesta na prática de enfermagem em unidades cardiológicas.
- 4- Discutir as implicações do descuido com a dimensão espiritual na prática de cuidar em enfermagem nas unidades cardiológicas.

3 – A BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA O OBJETO DE ESTUDO

Se durante séculos religião e ciência ocuparam domínios completamente separados, essa virada de milênio reservou uma reviravolta no assunto. De parte a parte, ciência e religião vêm mostrando um mútuo interesse de aproximação. João Paulo II (*Apud* CLEMENTE, 2005, p. 613-614), marcou essa tendência na encíclica *Fides et Rati*, em que afirma que “a fé e a razão constituem como que as duas asas pelas quais o espírito humano se eleva para a contemplação da verdade”.

Boff (2001), Durante muitas décadas nossa inteligência era medida através do Quociente de Inteligência (QI), baseado na compreensão e manipulação de símbolos matemáticos e lingüísticos. A partir dos anos 90, entendeu-se que também possuímos a Inteligência Emocional (QE), que compreende o autoconhecimento, a autodisciplina, persistência e empatia. Identifica-se neste século a Inteligência Espiritual (QS), bem analisada pela psicóloga e filósofa americana, Danah Zorah, autora do livro: *Inteligência Espiritual*, que descobriu a importância do tema durante seu trabalho como consultora estratégica para grandes empresas como *Shell, Philip Morris e Volvo*.

É a inteligência espiritual que leva o ser humano, segundo Zohar, a criar situações novas, a perceber, por exemplo, a necessidade de mudar de rumo, de investir mais num projeto ou de dedicar mais tempo à família. No início dos anos 90, o neuropsicólogo americano Michael Persinger e, mais recentemente, em 1997, o neurologista Vilayanu Ramachandran, da Universidade da Califórnia, identificaram no cérebro humano um ponto chamado de "**Ponto Deus**" ou "módulo Deus", que aciona a necessidade humana de buscar um sentido para a vida. Esse centro espiritual localiza-se entre conexões neurais nos lobos temporais do cérebro. Escaneamentos realizados com topografia de emissão de pósitrons (anti-partícula do elétron) mostraram que essas áreas se iluminam toda vez que os pacientes discutem temas espirituais ou religiosos. Boff (2003)

Essa atividade do lobo temporal tem sido ligada há anos às visões místicas de epiléticos e de usuários do alucinógeno LSD. Mas a pesquisa de Ramachandran mostrou, pela primeira vez, que o centro espiritual também está ativo nas demais pessoas. *O ponto Deus* mostra que o cérebro evoluiu para fazer perguntas existenciais, para buscar sentidos e valores mais amplos, diz Zohar, Boff (2001). Essas pesquisas reforçam o entendimento de que o ser humano é de fato inacabado e vive em constante transformação.

3.1 - O ser em transformação: de Maslow à psicologia transpessoal e a teoria do cuidado humano

Por entendermos que a teoria de Maslow não ser suficientemente capaz de sustentar nossa proposição em termos de objeto de estudo delimitado, buscamos apoio também na abordagem da psicologia transpessoal e na teoria do cuidado humano a fim de que fosse possível analisar os dados produzidos nesse estudo, garantindo o necessário enquadramento teórico, o que não significa dizer que Maslow não será citado em momento algum.

A psicologia transpessoal, diferentemente do que se pode imaginar, procura tratar o ser humano como ser integral, completo, complexo, indivisível, holístico, englobando aspectos biológicos, mentais, sociais, ecológicos e muito em especial, espirituais. A enfermagem como ciência ou no seu devir, aproxima-se da psicologia transpessoal a partir do momento que, para cuidar precisa entender o homem dentro dessa multidimensionalidade.

Não é de hoje que a enfermagem vive buscando apoio nos referenciais que tratam o ser humano nessa perspectiva, o que tem possibilitado ao enfermeiro uma maior ampliação de seu campo de pesquisa. Florence Niightingale, ao expressar a dimensão artística da enfermagem no cuidado e ao se referir a profissão como uma das mais belas artes, já demonstrava sua preocupação com a necessidade de repensarmos nossos valores. Isso parece que tem feito pelos profissionais de enfermagem ao longo desses anos, até os dias atuais. Pode-se constatar que os estudiosos, pensadores e pesquisadores da enfermagem buscam incansavelmente ampliar sua visão acerca do cuidado e do ser humano.

Nessa perspectiva a psicologia transpessoal parece se apresentar como opção aos *antigos referenciais*, que por muitos anos nos apropriamos para dar sustentação a nossos objetos de pesquisa, como a teoria de Maslow (1970), por exemplo, segundo a qual, o homem é motivado por necessidades organizadas numa hierarquia de relativa prepotência, onde uma necessidade de ordem superior surge somente quando a de ordem inferior foi relativamente satisfeita. Para Maslow o homem é um animal dotado de necessidades; assim que uma de suas necessidades é satisfeita, surge outra em seu lugar. Esse processo não tem fim: é contínuo, desde o nascimento até a morte. Em se tratando de necessidades relativas à dimensão espiritual, e porque não dizer de

transcendência, essa hierarquização poderá constituir-se em obstáculos para os cuidados de enfermagem, em particular na finitude da vida.

Ainda de acordo com Maslow (1970), as necessidades do homem estão organizadas numa série de níveis, ou numa hierarquia de valor. Fazendo uma alusão a uma pirâmide, no nível mais básico (na base da pirâmide) estão as necessidades fisiológicas. Em um nível superior a esse, as sociais e acima dessas, a espiritual e transcendental.

O entendimento de que a teoria de Maslow não sustenta o nosso objeto, pode ser explicado a partir da seguinte metáfora: *O homem só busca o pão quando não há pão*. Isso significa dizer que, a menos que as circunstâncias sejam especiais, suas necessidades de amor, 'status' e reconhecimento são inoperantes quando seu estômago está vazio há um certo tempo. Mas quando ele come regularmente e de maneira adequada, a fome cessa de ser motivação importante. O mesmo ocorre em relação às outras necessidades fisiológicas do homem: de descanso, exercício, abrigo, proteção contra intempéries, etc.

Quando as necessidades fisiológicas estão razoavelmente satisfeitas, as necessidades localizadas no nível imediatamente superior começam a dominar o comportamento do homem; começam a motivá-lo. Essas são as chamadas necessidades de segurança. São necessidades de proteção contra o perigo, a ameaça, a privação. Algumas pessoas erroneamente se referem a elas como necessidade de proteção. Entretanto, a menos que a pessoa esteja numa relação de dependência em que há uma privação arbitrária, ela não procura proteção. Há necessidade de ter oportunidade mais justa possível. Quando a pessoa confia nessa oportunidade, está mais do que disposta a correr riscos. Mas quando se sente ameaçada ou dependente, sua necessidade é de garantia de proteção.

Quando as necessidades fisiológicas do homem estão satisfeitas e ele não está mais temeroso a respeito do seu bem-estar físico, suas necessidades sociais tornam-se importante fator de motivação de seu comportamento; necessidades de participação, de associação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade e afeto vêm à tona.

Acima das necessidades sociais, no topo da pirâmide as necessidades espirituais e transcendentais só serão manifestadas pelos doentes como afetadas, depois que as sociais tiverem sido atendidas. Na prática, como já discutimos anteriormente, isso torna-se um obstáculo para que necessidades prementes possam ser priorizadas pelo

profissional, considerando o momento ou a situação em que se encontre o doente, nas quais a necessidade do topo da pirâmide passa a se constituir a base para que as outras possam ser atendidas.

Diferentemente de com o que ocorre com as necessidades fisiológicas as necessidades espirituais e de transcendência raramente são consideradas na prática pelos profissionais de saúde, pois quase nada se pode constatar a respeito de ações e condutas para atendê-las.

Está claro que as condições da vida moderna dão apenas oportunidades limitadas para que essas necessidades, relativamente esquecidas, obtenham expressão. No ambiente hospitalar, a privação que os doentes experimentam com respeito à dimensão espiritual, faz com que os profissionais dêem mais atenção às necessidades mais fortemente relacionadas à vida em uma perspectiva biomédica e hospitalocêntrica.

Maslow considerou ainda uma sexta necessidade, a de “auto-transcendência”, cuja maioria dos autores ignoram. Considerado o pai da Psicologia Humanista, Maslow vem a ser um dos precursores da Psicologia Transpessoal, a 4ª. força da Psicologia, seguindo-se a teoria behaviorista (1ª Força), na teoria psicanalítica clássica (2ª Força) ou na teoria humanista (3ª Força).

Zohar (1990) faz uma análise de como a psicologia caminhou desde Freud, mostrando uma psicologia que via o ser isoladamente, narcisista em que o ser olha apenas para si mesmo. Esse modelo definido por Freud de um ser coerente e consistente surge após o século 17 com o declínio da religião tradicional e a ascensão da ciência moderna. Após Freud outros terapeutas como Adler e Carl Roger procuraram enfatizar a natureza social dos seres e encorajar atitudes comunitárias. Os psicoterapeutas passam a dar primazia à auto-realização individual e a preocupação com o outro é tida como produto da auto-realização. Zohar ressalta a importância de uma psicologia que não atenda apenas aos interesses pessoais do ser e que isso não se encerra nele mesmo e sim no outro, estar envolvido consigo mesmo é estar envolvido com o outro quando afirmar:

A base essencial de qualquer compromisso é que somos definidos por certas coisas, que elas são em certo sentido aquilo de que somos feitos. Um senso de compromisso requer um senso íntimo de "estar em casa" com aquelas coisas com as quais iremos nos comprometer — sejam valores espirituais como "verdade" ou "beleza", ou relações interpessoais ou sociais (amigos, família, comunidade, país), ou a própria natureza. Uma pessoa descompromissada diz coisas deste tipo: "não tenho nada a ver com isso". Uma pessoa narcisista *sente*: "não tenho nada a ver com isso". (ZOHAR, 1990, p. 114)

Quando a transcendência e a sua relação com a psicologia transpessoal e a importância dada por ela ao espírito, poderemos observar que alguns estados comumente classificados como *surtos psicóticos* se assemelhavam às experiências místicas de vários povos, de diferentes linhas religiosas e espirituais. Desse modo, passou-se a considerar que possivelmente, alguns desses *surtos* seriam na verdade experiência de transcendência ou de dissolução temporária do ego, para uma ampliação da consciência e seus diferentes e possíveis estados. Para Grof (1988), esses estados são denominados de estados de *emergência espiritual*, estabelecendo, desse modo, critérios para diferenciá-los dos surtos psicóticos.

Para Maslow (1968), tais estados recebiam o nome de *experiências culminantes* e são descritas por Grof (1989), como sentimentos de caridade com todo o universo, visões e imagens de épocas e locais distantes, sensações de vibrantes correntes de energia percorrendo o corpo, acompanhados de espasmos e violentos tremores, vislumbres de luzes brilhantes e das cores do arco-íris, temores de morte iminente.

Os sonhos parecem ser uma experiência bem interessante de transcendência e vivência de outros planos da consciência.

Quanto a Teoria do Cuidado Humano, essa foi desenvolvida por Jean Watson entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. A teoria emergiu da visão da teórica sobre a Enfermagem, resultado dos estudos realizados no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006). A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais. A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da relação enfermeira e cliente visando o cuidado terapêutico capaz de transcender o físico-material.

Em seu segundo livro, Jean Watson apresenta os avanços na construção de sua teoria, bem como na redefinição dos conceitos utilizados como base de seu trabalho, introduzindo o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Este paradigma enfoca o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do *self* como um todo (WATSON, 1985). O cuidar de forma transpessoal é compreendido por Watson (2002), como o ideal moral da Enfermagem,

no qual existe a preocupação máxima com a dignidade e preservação do ser humano. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma relação de cuidar especial, uma união com a outra pessoa, considerando o seu todo e seu estar no mundo.

Para Watson (2002) as crenças e valores da vida humana, da saúde e da cura, sustentam sua teoria do cuidado transpessoal, fruto de suas experiências e observações. Watson privilegia o enfoque humanístico, que atende o indivíduo de modo biopsicossocial, espiritual e sociocultural. Afirma que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas e atingir o mais alto grau de harmonia entre mente, corpo e alma. Watson ainda afirma que o foco principal em Enfermagem está nos seus dez fatores de cuidado derivados de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos. São eles: 1) praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consciente; 2) ser autêntico, estar presente, ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças, e um mundo subjetivo de sua vida e do ser cuidado; 3) cultivar suas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser; 4) desenvolver e manter autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança; 5) estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos; 6) uso criativo do ser, de todas as formas de conhecimento, como parte do processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado e proteção; 7) comprometer-se de maneira genuína em experiência de prática de ensino e aprendizagem; 8) criar ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz; 9) assistir as necessidades humanas, conscientemente, administrando cuidado humano essencial, o qual potencializa a aliança mente, corpo, espírito; 10) estar aberto e atento à espiritualidade e à dimensão existencial de sua própria vida.

Novas teorias têm sido formuladas acerca das necessidades humanas. A teoria das necessidades de Mc Clelland (*Apud* ROBBINS, 2007, p.137), define três necessidades da pessoa: **necessidade de realização**, **necessidade de poder**, e **necessidade de associação** – desejos de relacionamentos interpessoais próximos e amigáveis. Robbins (2007), relata em seu livro esta teoria, ressaltando que pouca atenção há por parte dos pesquisadores acerca da necessidade de associação por parte de pessoas que buscam relacionamentos de compreensão mútua e amizade.

A teoria ERG, também descrita por Robbins (2007), onde Clayton Alderfer, da Universidade de *Yale*, fala da hierarquia das necessidades, que divide essas necessidades em três grupos: **existência**, **relacionamento** e **crescimento**. Ele compara às necessidades sociais que Maslow chamou de necessidades essenciais. Sobre relacionamento aborda, da mesma forma, o desejo de se manter importantes relações interpessoais, sociabilidade e interação.

3.2 - Revisitando o cuidado na concepção da enfermagem transpessoal

Schossler (2007), desenvolveu estudo sobre Cuidador domiciliar do idoso: cuidando de si mesmo e sendo cuidado pela equipe de saúde: uma análise através da teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção deste cuidador sobre o cuidado de si mesmo e o que a equipe de saúde lhe proporciona. Em sua análise surgiram algumas categorias: consciência intencional: olhares necessários para cuidar de si; compromisso moral com a consciência moral de cuidado do outro resultando no (des)cuidado de si; consciência, sensibilidade e espiritualidade: transcender no encontro de cuidado para melhor cuidar de si; a equipe de saúde e o cuidador domiciliar: a necessidade do cuidado transpessoal. A autora analisou em seu estudo como a teoria de Watson está contida nas ações de seus entrevistados ao se preocuparem com o outro (de quem cuida); estar aberto para si mesmo e perceber que cuidar de si também é importante; respeito pela vida e pelo outro desenvolvendo sua própria consciência. Schossler ressalta que:

O cuidado domiciliar releva a presença do seu *self*, ou seja, a existência de sua consciência em relação às necessidades de cuidado do idoso e de si mesmo. Para que aconteça de forma autêntica, é preciso buscar a consciência do *self* percebido por si e do *self* manifestado pelo outro, que pode ser do idoso ou das pessoas que auxiliam nas ações de cuidado, como a equipe de saúde, os familiares e os vizinhos, o que remete à necessidade do cuidador domiciliar em conhecer suas limitações e aceitá-las, buscando a harmonia em sua totalidade (corpo, mente e espírito) e unidade (visão do ser como unidade transpessoal, mente-corpo-espírito), possibilitando, assim, que o cuidado de si e do outro realmente aconteça. SCHOSSLER, 2007, p. 49)

Essa experiência nos remete a ver que a transpessoalidade está viva em nossas atividades profissionais e sociais, de como entender a si mesmo através do outro é possível e nos proporciona a compreensão do que seja melhor da vida que vivemos para nós e para os outros. Aquilo que buscamos para nós passa a ser o mesmo que nos empenhamos para aquele que cuidamos saindo, assim, da esfera do cuidado que está

prescrito ou convencionado e partimos para ampliação deste cuidado em níveis mais elevados que são, por fim, aquilo que realmente necessitamos.

Nascimento e Erdmann (2009), mostraram em estudo as dimensões do cuidado baseado na Teoria do Cuidado Transpessoal, revelando a extensão e a complexidade do cuidado de enfermagem, emergindo as seguintes relações do cuidar: cuidar de si, cuidado como valor individual, cuidado profissional x comum, cuidado como relação de ajuda, cuidado afetivo, cuidado humanizado, cuidado como atitude, cuidado como prática assistencial, cuidado educativo, cuidado como relação dialógica, cuidado aliado à tecnologia, cuidado amoroso, cuidado interativo, não-cuidado, ambiência do cuidado, cuidado como essência da profissão e finalidade do cuidado.

Sua pesquisa mostrou através das relações do cuidar a importância de que compreendamo-nos na compreensão e conheçamo-nos ao conhecermos, daí a auto-reflexão, o respeito aos valores dos indivíduos. Evidenciou o cuidado como forma de estar com o outro, estabelecendo, assim, relação de ajuda e de confiança. Decodificar os significados dessas expressões e sentimentos das pessoas, presentes nas suas ações, é processo complexo e necessário, para facilitar a aproximação e a relação com os seres cuidados.

Watson (2002) faz um importante alerta de que o papel do cuidar está ameaçado pelo aumento da tecnologia médica e a preservação e o avanço do cuidar é uma questão importante para a Enfermagem no presente e no futuro. E continua afirmando que o cuidado pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência de cuidado vai além da dimensão biológica, material, é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. Entende desta maneira, que na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só, necessita do outro para que nesta interação o cuidado aconteça. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo uma união com a outra pessoa, elevando a consideração pelo todo do outro e pelo seu estar-no-mundo. É a partir da relação transpessoal que enfermeiro e cliente tornam-se apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma nesta relação.

3.3 - Dimensões da Religiosidade e Espiritualidade

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas (MOREIRA-ALMEIDA, 2006). Outros estudos mostram que pessoas engajadas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis, têm estilo de vida mais equilibrado e usam menos serviços de saúde (KOENIG, 2004). O impacto do benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de sete a 14 anos na expectativa de vida (NEUMANN E PEEPLES, 2001).

O impacto também se dá economicamente, pois a prática espiritual é isenta de custos e seus benefícios resultam menos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos (HUDSON, 1996). No entanto, obviamente, a prática religiosa não deve substituir a prática médica, mas podem caminhar juntas. Mesmo que, para muitos, não haja uma explicação científica que justifique tal prática, é evidente e incontestável o seu efeito. Este efeito não pode ser desprezado ou atribuído ao acaso.

Ellis & Smith (1991), da Universidade de *Tennessee*, demonstram uma correlação positiva entre o bem estar religioso e as razões de viver, entrevistando 100 pacientes. Dentro deste raciocínio, procuramos um aspecto abrangente, comum a todos em que, tendo sua saúde, de alguma forma, em desequilíbrio, uma necessidade comum todos possuem que, neste momento aflora, evidencia-se – a ligação de cada indivíduo com um Ser Supremo, cada um, de acordo com sua crença religiosa dá um nome, que chamaremos DEUS. Conforme senso (tabela abaixo) de 1991 e 2000, segundo o Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), não existe a opção *ateu* ou *materialista*, tendo apenas a opção *sem religião*, que não é conclusivo se considerar como tal. Notamos então que, mais de 90% da população professa uma religião, logo crê em um *Deus*.

Tabela 1 – População Residente por Religião

População residente por religião	Variável X Ano				
	Religião	População residente (Pessoas)		População residente (Percentual)	
		1991	2000	1991	2000
Total	146.815.818	169.872.856	100,00%	100,00%	
Católica romana	122.366.720	124.980.132	83,35%	73,57%	
Evangélicas	14.064.504	27.289.827	9,58%	16,06%	
Espíritas	1.644.355	2.288.290	1,12%	1,35%	
Umbanda e candomblé	648.489	525.013	0,44%	0,31%	
Judaica	86.416	86.825	0,06%	0,05%	
Religiões orientais	368.578	403.929	0,25%	0,24%	
Tradições Esotéricas	-	58.445	0,00%	0,03%	
Tradições Indígenas	-	17.088	0,00%	0,01%	
Outras religiosidades	94.556	989.303	0,06%	0,58%	
Sem religião	6.946.221	12.492.403	4,73%	7,35%	
Não determinadas	-	357.648	-	0,21%	
Sem declaração	595.979	383.953	0,41%	0,23%	

3.4 - Milagres: Materialização de Leis Superiores na dimensão humana

Este tema vem chamando a atenção de pesquisadores em várias áreas como na medicina, psicologia, filosofia, história, teologia, física e muitas outras. Desperta no homem, religioso ou não, a busca de algo que ainda não compreendemos bem, mas que de alguma forma buscamos. Ao longo de nossa existência vimos na história vários exemplos através dos ditos *milagres* e um número infindável de casos anônimos que mostram uma evidência que, porém, desconhecemos a causa; ou não.

Apresentaremos uma síntese de alguns autores.

A Verdade

“O objeto da filosofia é a VERDADE”. Espinosa (*Apud MORRA, 2002, p. 22*).

“Verdade em grego é ALÉTHEIA que significa aquilo que estava oculto”. Heidegger (*Apud MORRA, 2002, p. 22*).

“A filosofia deve começar por confundir as idéias, para induzir à reflexão; deve-se duvidar de tudo, rejeitar todas as premissas, conseguindo a verdade como produto do conceito”, Hegel (*Apud MORRA, 2002, p. 33*).

“O objetivo da filosofia é a Verdade: não cada uma das verdades, que são objeto de atividades espirituais parciais, mas a Verdade em sua totalidade. Certamente, não uma verdade considerada como produção humana, mas aquela Verdade que, para usar a penetrante expressão de Baruch Espinosa - “manifesta-se a si mesma”.,(MORRA, 2001, p. 22).

“A Verdade, portanto, longe de impor por si mesma uma servidão aos homens, é a única causa de sua liberdade, daquela liberdade da qual eles são privados somente se a recusam ao recusar a sua causa”.,Gioberti (*Apud MORRA, 2002, p. 28*).

“Qual o critério que me diz em cada caso se o conhecimento é verdadeiro ou não”? (HESSEN,1999, p.28).

A idéia destes autores sobre a **verdade** leva-nos a considerar que não podemos nos arvorar em estabelecer **uma** verdade, e desconsiderar evidencias, dentro do exercício de nossa profissão, que nos apontam claramente que necessitamos nos dispor de nossos preconceitos e melindres em abordar de frente uma questão que carece sim de fundamentação científica, porém, por proporcionar melhoria no bem estar do paciente, que é nosso objetivo principal, não devemos ignorá-la.

Ao dizer Camargo (1984, p. 55), no texto abaixo, devemos repensar a verdade:

A verdade não é aquilo que nos convém, nem aquilo que nos interessa, nem o que nos é afim, nem mesmo aquilo que podemos aceitar com simpatia. A verdade é o que é: a realidade viva e crua, consoante à revelação, que os fatos atestam tantas vezes se apele para seu testemunho. A verdade é, muitas vezes, aquilo que não queremos que seja; aquilo que nos desagrada; aquilo com que antipatizamos; aquilo que nos prejudica o interesse, nos abate e nos humilha; aquilo que nos parece extravagante, e até mesmo aquilo que não cabe em nós. A verdade não se acomoda ao homem, nem às coisas desta vida. O homem é que se há de acomodar a ela, se a quiser conhecer e possuir. A verdade é sempre senhora e soberana; jamais se curva; jamais se torce; jamais se amolda.

A Prova

O bom senso é, das coisas do mundo, a mais bem dividida, pois cada qual julga estar tão bem dotado dele, que mesmo os mais difíceis de contentar-se em outras coisas não costumam desejar tê-lo mais do que já tem. E não é verossímil que todos se enganem a esse respeito; pelo contrário, isso evidencia que o poder de bem julgar e distinguir o verdadeiro do falso, isto é, o que se

denomina o bom senso ou a razão, é naturalmente igual em todos os homens, (DESCARTES. 2000, p. 21).

Procedimento mediante o qual, partindo de premissas admitidas como corretas, chega-se, através de dedução lógica, a um acontecimento novo.

David Hume (*Apud* ANDRADE. 1999, p. 5,) dividiu a argumentação em três aspectos: as demonstrações, as provas e as probabilidades. “As provas seriam aqueles argumentos tirados da experiência, e que não admitem dúvidas e objeções”. Como se vê é uma condição difícil de satisfazer.

Immanuel Kant distingue quatro categorias de prova: 1) A prova lógica rigorosa que vai do geral ao particular e é a demonstração própria e verdadeira; 2) O raciocínio por analogia; 3) a opinião verossímil; 4) A hipótese, isto é, o recurso a um princípio explicativo simplesmente possível. Kant (*Apud* ANDRADE. 1999, p. 5).

Salvo engano ou insuficiência de informação de nossa parte, parece que nenhum filósofo ou cientista reconheceu a absoluta identidade entre a prova e o conceito de verdade. Em outras palavras: nem tudo o que pode ser provado é obrigatoriamente verdadeiro. A recíproca também se nos afigura correta: nem tudo o que é verdadeiro pode ser definitivamente provado. (ANDRADE.1999, p. 6).

A Evidência

A evidência poderia identificar-se com a própria ação dos objetos sobre os órgãos dos sentidos. Podemos dizer, ainda, que a evidência resulta da observação dos fatos ou dos objetos, sem que tal operação implique a prévia modificação das qualidades dos mesmos.

René Descartes apontou um conceito subjetivo da evidência. Descartes expôs em seu Discurso sobre o Método, as diretrizes para, diante dos fatos, distinguir-se o que possa ser verdadeiro, do que venha a ser falso. Isto equivale a dizer que, mesmo diante dos fatos evidentes, só se adquire a certeza da verdade acerca dos mesmos mediante cuidadosa análise prescrita pelo método por ele sugerido. São quatro as regras propostas por Descartes (2000), as quais ele acreditava que poderiam facultar a obtenção de uma evidência capaz de retratar a verdade acerca dos fatos:

1ª. – Não receber jamais coisa alguma como verdadeira que não se conheça evidentemente ser como tal, isto é, de evitar cuidadosamente a precipitação e o preconceito; e de não admitir nada mais em nossos julgamentos do que aquilo que apresentar-se, tão clara e distintamente ao nosso espírito, que não se tenha nenhuma ocasião de pô-la em dúvida.

2ª. – Dividir cada uma das dificuldades que se examina, em tantas parcelas quantas forem possíveis e necessárias para melhor resolvê-las.

3ª. – Conduzir pela ordem os pensamentos, começando pelos objetos os mais simples e os mais fáceis de conhecer, para subir pouco a pouco como por degraus até o conhecimento dos mais complexos, e supondo a ordem mesmo entre aqueles que não se precederam naturalmente uns aos outros.

4ª. – Fazer por toda parte levantamentos tão completos e revisões tão gerais, que se fique assegurado de nada haver omitido.

Até hoje, os caminhos propostos por Descartes são utilizados para a busca das melhores evidências disponíveis, embora saibamos que em pesquisa científica, ele já não é mais capaz de dar conta de todos os problemas, fenômenos e objetos de investigação.

3.5 - Sobre Cuidado e Humanização

Na humanização do cuidado, o cuidador mostra-se como um ser humano que respeita e valoriza o ser cuidado em sua existencialidade, compreendendo-o como um ser que tem suas próprias vivências e experiências e que essas acompanham o seu existir (VILA E ROSSI, 2002). A enfermagem como ciência, nova que é, está em construção. Como *arte de cuidar* é sólida, pois se processa de forma ordenada e científica. Carece ainda de mostrar-se *de enfermagem*, não deixando dúvida, para quem com ela estabeleça relação, de que esta arte (de enfermagem – qualidade de) é sua (da enfermagem – como todo). A arte não sobrevive sem o saber, ao dizer de Kuhn (1989), *a arte, de certa forma, é a ciência posta em prática.*

Sua origem de *cuidar* é caridosa, fraterna, representada por personagens que, ao longo da história, sem intitular-se enfermeiros, pois o vocábulo nem a profissão existiam, a exerciam pelo esforço apenas da boa vontade. *Cuidar*, ao dizer de Francisco de Assis, “deve ser a ação de cada ser em favor do outro”; tornou-se o verbo/poesia, recitado por Florence Nightingale ao dizer que “a arte de enfermagem deveria incluir, todavia, condições tais que, por si mesmas, tornassem possível o que entendo por assistência de enfermagem”. Deixa claro, Florence, que a arte de enfermagem deve reconhecer-se por si própria, não fugindo às suas origens e, mantendo-se como tal.

Nos perguntamos se, algumas vezes, não esquecemos nossas raízes Nightingaleana, e deixamos de ver o ser em suas várias faces: bio-psico-sócio-espiritual; e apenas estamos enxergando suas partes, nos tornando, assim, especialistas/especialistas.

Nos questionamos se no afã de encontrar uma identidade na sociedade, tentando ver-nos como ciência, a fim de atender às exigências da própria ciência, cada vez mais nos especializando, investindo pesado em conhecimento tecnológico, estejamos esquecendo nossas raízes e alicerce plantado por Florence, confundindo nosso exercício profissional com os outros profissionais, quando a nossa, ao ver de Florence, é tão clara e inconfundível.

Questiona Florence (1989, p.17) em Notas sobre a Enfermagem que no sistema de educação, nada se ensine sobre as Leis que Deus atribuiu ao relacionamento de nosso corpo com o mundo no qual Ele o colocou. Florence fazia questão de oferecer, pessoalmente, especial atenção aos doentes em fase terminal ou mais gravemente feridos, lendo-lhes trechos da Bíblia ou trazendo-lhes conforto em suas palavras e visitas à noite. Nessas ocasiões, carregava consigo uma lamparina de óleo para iluminar sua ronda, gesto pelo qual passou a ser chamada carinhosamente pelos soldados e pela imprensa inglesa por Dama da Lâmpada e do qual deriva a lâmpada de óleo como símbolo da enfermagem mundial (TURKIEWICZ, 1995).

Florence dizia ter recebido um *chamado de Deus* que a levou a concretizar os ensinamentos mais belos que o Cristo nos deixou, tais como a tolerância, a compaixão pelo ser humano, a destituição de preconceitos e o respeito pelo outro e pela vida humana, além da manutenção da dignidade no cuidar do ser que sofre. Mais que isso, ela conseguiu vencer a rígida hierarquia médica dos hospitais militares, que não admitia

mulheres nem a assistência digna aos soldados rasos, demonstrando que o cuidar com base científica trazia sucessos garantidos de sobrevivência, diminuindo drasticamente a mortalidade no hospital em Scutari (DORNELLES et al, 1995; MIRANDA, 1996).

Florence valoriza a relação com Deus, mesmo estando num momento em que a sociedade atravessava mudanças sociais, política e filosóficas com o crescimento das idéias positivistas trazidas por Comte, cujos princípios entre outros, diz que: “existe um âmbito puramente formal, no qual se relacionam as idéias, que é o da lógica pura e da matemática; e todo conhecimento dito metafísico ou transcendente, teológico, que se situa além de qualquer possibilidade de verificação prática, deve ser descartado”. Neste período do século XIX, há uma mudança dos valores religiosos e morais, que não nos cabe aqui discutir, proporcionando aceitação da filosofia positivista, influenciando também o Brasil, pois a República, que surgia, tinha suas bases nesta filosofia, nas mãos de homens como Benjamin Constant, contribuíram para o progresso do Brasil.

A divisa *Ordem e Progresso*, da bandeira nacional, inspirou-se no conceito elaborado por Comte (BARSA, 1999, p. 221), de uma sociedade exemplar, que teria “o amor como princípio, a **ordem** como base e o **progresso** como fim”. Foi relevante o positivismo, que, a sua época, trouxe benefícios para sociedade, porém, ao aliar-se (o positivismo) ao materialismo e ao evolucionismo, colocando-se frontalmente contra as idéias religiosas, que ao ver de Florence, tirava do ser uma compreensão, uma esperança na sua relação com Deus.

Muito se desenvolveu a enfermagem desde Florence, hoje possuímos leis que regulamentam a profissão, associações de classe, código de ética e deontologia, vasta literatura que nos coloca ao lado da evolução da ciência, todo um parque tecnológico, teorias de enfermagem. Porém, as *águas* da enfermagem ainda são revoltas, algo ainda nos falta. Considerando *a necessidade imperiosa de que a prática assistencial da enfermagem seja reconsiderada e redirecionada* (CARVALHO, 1999, p. 41), procuramos validar o que seja de competência específica da enfermagem em relação à - o que se faz. Tem sido este nosso esforço em abrandar nossas *águas*.

É fato que o avanço tecnológico é essencial para a evolução da humanidade, principalmente na área da saúde, tem levado o homem a melhores condições de saúde, aumentado sua expectativa de vida com melhor qualidade. Mas não podemos nos esquecer que nenhuma máquina substituirá estar perto de um paciente, não só para

prestar-lhe cuidados ou administrar medicações, mas ouvi-lo, segurar sua mão, fazê-lo sentir que compreendemos o momento que passa, que somos solidários – isso é transcendente, espiritual.

Talvez devêssemos ampliar nosso entendimento do que seja tecnologia, não apenas relacionar a máquinas e equipamentos sofisticados e sim a um conjunto de conhecimentos aplicado a certo tipo de atividade (FARIA, 1992). Nesse sentido, devemos buscar esse conhecimento, mesmo muitos que os realizam de modo intuitivo, carece entender melhor sobre as necessidades humanas de maneira mais ampla.

Silva (2006), cita autores como Hiller, Vargas, Barbieri e outros que dão lastro às suas indagações a respeito do que seja tecnologia, levando-o a concluir que, muitas vezes, confundimos o que seja tecnologia. Não apenas avanço da ciência contribuindo, através do surgimento de equipamentos cada vez mais sofisticados, que substituem a ação do profissional, entre eles o da Enfermagem, que com descuido pode nos fazer trilhar um percurso (des)humano. Silva (2006), ainda diz que a tecnologia é necessária e útil, a tecnologia é ciência e ciência é conhecimento, nisto entendemos que não podemos esquecer que neste contexto, as bases de conhecimento da Enfermagem, compreendendo o Ser em suas múltiplas necessidades, não pode permitir que a tecnologia o distancie de seu foco, estabelecido desde Florence, com o risco de tornar-se (des)humano.

Vivemos em uma sociedade que hodiernamente passa por um momento de grande conflito conceitual e estrutural, no tocante ao comportamento humano. Nesse sentido, pode-se evidenciar o desenrolar de difíceis e conflituosas relações sociais entre os povos, motivadas pela gana e pela busca incessante de poder, que fizeram com que o ser humano trouxesse para o centro das discussões, o quanto suas práticas tem se tornado cada vez mais “desumanas”, (SILVA, 2006).

Associa-se a isso o fato de ter sido cada vez mais freqüente os questionamentos acerca da utilização de equipamentos e máquinas (tecnologias) para cuidar e assistir em enfermagem, tanto do ponto de vista de suas indicações, eficiência, resolutividade e possível causadora de iatrogenia, mas sobretudo como algo que concorre para distanciar o profissional do cliente, favorecendo dessa forma a emergência e difusão do discurso desumanização.

O tema humanização da assistência emergiu na área da enfermagem em meados da década de 1970, período que foi marcado por grande avanço tecnológico e progresso científico, com a mecanização, mudanças nas características do trabalho, valorização da especialização e o domínio da racionalidade, que no setor saúde foi caracterizado pelo modelo biomédico de assistência, e a instituição de práticas curativas, o que se configurou como intimidação aos princípios que norteavam a profissão de enfermagem, que na ânsia de adequar-se ao novo modelo, instrumentalizou-se profissionalmente, o que teria desviado a atenção do paciente, perdendo os aspectos tradicionais da profissão, tornando o cuidado desumanizado, (MARCH, 1973).

O processo de envolver a humanização no cuidado de enfermagem requer tempo, considerando que existem fatores que dificultam sua efetivação por parte dos profissionais. A sua implementação não se consegue em curto prazo, porque envolve o senso crítico e particular de cada profissional, portanto faz-se urgente um repensar por parte da equipe a respeito de suas práticas e condutas, onde o reconhecimento das práticas desumanas já é um passo rumo à conscientização da sua importância no contexto, (SANTANA, 2008).

Entendemos que o cuidado é parte integral da vida humana e, portanto, nenhuma vida pode subsistir sem ele. Numa perspectiva holística, Watson (1985), destaca a importância de se considerar os valores humanísticos e artísticos, o desenvolvimento e estimulação da fé-esperança, a sensibilidade, a ajuda-confiança como aspectos a serem considerados no processo de cuidado. Para esta autora o cuidado de enfermagem é considerado como holístico, por promover o humanismo, saúde e qualidade. Essa, talvez seja uma das principais teóricas da contemporaneidade que mais se preocupa com a humanização do cuidado.

Para Hiller (1973), o desenvolvimento do ser humano a partir de princípios éticos e da espiritualidade poderá ser denominado humanidade que, por sua vez, encontra-se subordinada à uma lei moral, e é movida por uma tendência ao bem, ao belo e à verdade. Denotativamente, o humanismo poderá estar relacionado com a idéia e com a busca e preservação da dignidade humana. Neste sentido, qualquer tipo de ameaça à dignidade humana poderia perfeitamente ser entendido como uma atitude (des)humana. Assim, toda e qualquer iniciativa que fosse tomada no sentido de se resgatar a dignidade humana (o humanismo) perdida, poderia ser entendida como humanização.

Neste sentido, corrobora (Silva, 2006), ao ressaltar que os princípios norteadores da conduta profissional de Enfermagem, sejam quais forem os ambientes do cuidado, deverão estar em sintonia com uma filosofia humanista, que pressupõe valores básicos como a vida humana e a sua dignidade sempre balizados pela ética, em função da qual, deve-se sempre pensar as ações de Enfermagem, e quando isso não acontece, abrimos espaço para que o cuidado de enfermagem possa ser entendido como desumano.

Numa crítica mais abrangente, Casate e Correia (2005), ao refletirem acerca da humanização, partem da premissa de que os serviços de saúde (não os profissionais ou os cuidados de enfermagem) precisam ser humanizados, pois existem diversas situações que são pelas autoras consideradas “desumanizantes”, tanto no atendimento, quanto nas condições de trabalho. Podemos entender como exemplos de situações “desumanizantes” as longas esperas e os adiamentos de consultas e exames; a ausência de regulamentos, normas e rotinas; a deficiência de instalações e equipamentos, bem como, falhas na estrutura física; a relação com o doente, traduzida em anonimato, despersonalização, falta de privacidade, aglomeração, falta de preparo psicológico e informação, bem como falta de ética por parte de alguns profissionais, (SILVA, 2006).

4 - METODOLOGIA

Neste estudo, a fim de que fosse possível ampliar as possibilidades de investigação do objeto proposto, optamos pelo método qualitativo, complementado-o pela quantificação do conteúdo das falas para a organização e análise dos dados produzidos. Portanto, trata-se de uma pesquisa multimétodos.

Optamos por essa estratégia metodológica por entendermos que dada a complexidade do objeto investigado nessa pesquisa, precisávamos de um método que se fundamentasse não somente no pensamento racional, mas também de um outro que tivesse uma orientação, de certo modo, mais capaz de ceder espaço para se pensar na subjetividade. Assim, procuramos equilibrar as eventuais fraquezas de cada uma das abordagens.

Desse modo, ao utilizarmos abordagens qualitativas e como complemento, dados quantitativos, geometrizados, conseguimos racionalizar a interpretação dos dados produzidos no estudo. Assim, demos certa racionalização à subjetividade dos resultados encontrados, possibilitando um entendimento aprofundado do objeto em estudo, uma vez que, com a utilização de um desenho de pesquisa multimétodos a investigação do objeto, embora subjetivo, tornou-se um pouco mais objetivo, a partir do momento que algumas variáveis foram mensuradas.

Minayo (1994, p. 21), destacam que:

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis.

Considerando as particularidades, limites e possibilidades do método qualitativo na busca de resultados que transcenda a simples compreensão do fenômeno, Richardson (1985), ressalta que a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados quantitativos e qualitativos, proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise.

Desta forma, a análise dos dados qualitativos foi enriquecida com os quantitativos, tratados pela estatística para a determinação da frequência simples, nos permitindo uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto estudado, além de ter

facilitado a maneira pela qual os dados foram interpretados e analisados à luz do referencial teórico proposto para discutir o que pensam os profissionais de Enfermagem, acerca da espiritualidade nas ações de cuidar.

Polit e Hungler (1995, p.277), salientam que a opção pelo método qualitativo com complementação de dados quantitativos deve-se à busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Ressaltam que os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos. Por isso, foi oportuna e relevante a utilização de dados quantitativos como complementares aos qualitativos, sobretudo no que se refere a determinação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo e o cruzamento das variáveis que compuseram esse perfil e a falas dos sujeitos .

A opção por essa estratégia metodológica deve-se ao fato de não quereremos nos limitar apenas a compreensão do fenômeno estudado, mas procurar, dentro das possibilidades reais e concretas, avançar em busca de possíveis explicações a partir da geometrização dos dados produzidos.

Também buscamos apoio em Minayo (et al. 2002, p. 215), não só sobre a escolha do método, mas sobre sua posição acerca do pensamento como caminho e da situação atual, quando diz: “No campo da saúde, devido a natureza de seu objeto, de sinergia entre processos objetivos e subjetivos, as múltiplas possibilidades de abordagens Teórico- Metodológicas se integram a um cenário epistêmico complexo.” Quanto às abordagens metodológicas entendidas nesse estudo como quantitativa e qualitativa, sua contribuição segundo Deslandes (2002), refere-se ao fato de que as duas possibilitam um “diálogo” entre as diferenças. Para elas, o qualitativo e o quantitativo traduzem cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual, e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença.

Nesta perspectiva, as autoras sugerem cautela quando optamos por estudos quantitativos e qualitativos, porque apenas nomear pode não significa absolutamente nada ou muito pouco a respeito de seu método em construção. Chamam a atenção para o fato de que ao determinarmos o tipo de abordagem metodológica, estamos dando pistas

sobre o tipo de estudo ou as técnicas utilizadas o que exige dizer, que tipo de estudo é. Deve-se evitar acreditar, a priori, que os dados “falam” por si só e que basta repetir longamente os trechos das entrevistas feitas ou do diário de campo, pretensamente substituindo o trabalho teórico de interpretação do pesquisador.

4.1 – Transdisciplinar e Multireferencial: a importância do enquadramento teórico

Entendemos também que é de fundamental importância a escolha de apoio de quadros teóricos de disciplinas diferenciadas na construção do escopo desta pesquisa, sobretudo por tratar de um tema ou de um objeto que envolve muito mais a subjetividade. Por esta razão, como se trata de um objeto que tem a ver com fenômenos humanos apreendidos, produto de processos subjetivos e objetivos, abstratos e concretos, acreditamos que somente a partir da multireferencialidade de idéias sobre o mesmo objeto conseguiríamos encontrar o apoio teórico necessário capaz de dar conta da complexidade do objeto investigado. A este respeito, mais rica do que qualquer teoria e pensamento, a multireferencialidade nos permitiu melhor analisar o que pensam os profissionais de enfermagem acerca da espiritualidade nas ações de cuidar e a sua interface com o discurso de humanização.

Apoiando-nos nas idéias de Ardoíno (1998), encontramos na multireferencialidade, a possibilidade de se trabalhar com diferentes idéias, teóricos e disciplinas na análise e discussão dos dados produzidos. Para ele, a multireferencialidade combina-se plenamente com a complexidade e até mesmo com a hipercomplexidade da realidade, a propósito da qual interrogamos. Sua abordagem propõe uma leitura plural de seus objetos, sejam eles, práticos ou teóricos, sob diferentes ângulos, que envolvem olhares específicos e linguagens apropriadas às descrições necessárias. Nesta perspectiva, ela pode ser considerada em termos de diferenças e sempre será *ex-plicativa*, não bastando para excluir a esperança de um retorno ulterior a uma homogeneidade. Assim, a multireferencialidade tenta trazer uma resposta para a complexidade atribuída a certos objetos, os quais não poderiam de outra forma permitir sua compreensão.

Para Lourau (1993), a multireferencialidade é um trabalho que objetiva reunir todos os meios suscetíveis de suprimir, ou, mais modestamente, de diminuir a indeterminação de uma situação e sua incoerência existencial.

Segundo Deslandes (2004, p.14), ela é uma pluralidade de olhares e de pontos de vistas que supõem, por sua vez, diferentes linguagens descritivas, que não devem ser reduzidas ou confundidas umas com as outras, porque com freqüência, procedem de paradigmas bem distintos.

Sabendo que a multireferencialidade é um método de análise e de leitura aplicada a situações relacionais, destacamos a posição de Ardoíno (1993), para uma reflexão metodológica. Ele afirma que ela ocasiona o assenhramento de numerosos dados, nos quais a complexidade da situação a ser tratada solicita a indispensável pluralidade da leitura, destinada a fazer o objeto falar, a fim de que o olhar torne-se um saber para a reaproximação de toda a experiência.

Entendendo que a investigação acerca da espiritualidade nas ações de cuidar é um complexo objeto de estudo, pode-se dizer que a multireferencialidade nos permitiu uma “pluralidade de leitura”. Por isso, na análise e discussão dos dados utilizamos não apenas os referenciais que tratam da espiritualidade humana, mas também, aqueles que tratam especificamente das temáticas inerentes e emergentes neste estudo, como o Humanismo, desumanização, humanização, cuidado e conforto.

Como optamos por esta estratégia metodológica, entendemos que deveríamos organizar as informações dos questionários em dois momentos a fim de que contemplássemos os dados qualitativos e os quantitativos, também. Assim, utilizamos uma técnica específica para análise dos dados qualitativos, e outra para a análise dos dados quantitativos. Para organização, tratamento e análise dos dados qualitativos, optamos pela Análise de Conteúdo, modalidade análise temática. Para os dados quantitativos, utilizamos a estatística a fim de identificarmos apenas a freqüência simples. Cabe ressaltar que a escolha por esses métodos de análise deve-se a sua adequação ao desenho do estudo, a abordagem metodológica utilizada, o objeto estudado e os objetivos a serem alcançados.

Sobre a estatística, Castro (1998), ressalta que ela baseia-se na premissa de que, ao observarmos o resultado de uma pesquisa, existem duas explicações possíveis para os resultados encontrados: um motivo, que é a causa da diferença entre os grupos para os quais foi planejada a pesquisa; e o acaso, que é a ausência de uma causa para explicar a diferença, sendo esta devida à casualidade ou azar. Assim, sempre que uma aumenta a outra diminui.

Com relação à Análise de Conteúdo e Estatística, Bardin (1977, p.31), diz que ela é: “Num conjunto de técnicas de análise das comunicações não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicações muito vasto: as comunicações”.

Ela visa, entre outros aspectos, tratar as informações oriundas de discursos/falas de sujeitos previamente investigados acerca de um determinado assunto, onde seja possível o nucleamento de idéias afins, e que apontem para uma categorização de temas. Busca compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos; aquilo que está *subentendido* e/ou *oculto* pelo discurso, buscando-se sua decodificação em unidades de compreensão e posteriores categorias, segundo compreende-se de Bardin, (1977).

Quanto à análise temática, Minayo (1993), diz que ela é uma unidade de significação complexa de comprimento variável, e sua validade não é de ordem lingüística, mas inicialmente, de ordem psicológica. Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Operacionalmente a Análise de Conteúdo, modalidade temática envolve três momentos: A pré-análise - a leitura flutuante - a constituição do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos. Cabe ressaltar, no entanto, que na concepção da autora, a análise temática é por demais, formal e mantém a sua crença na significação da regularidade. Assim, na análise do material empírico produzido, a análise temática, objetivou a busca do significado, manifesto e latentes nos dados qualitativos, a partir do

discurso dos sujeitos envolvidos no estudo, enquanto a análise estatística objetivou a descrição de frequências simples.

4.2 – A Produção e Organização dos Dados

Quanto à produção de dados, Becker (1997), alerta para o fato de que um dos principais motivos para que as pessoas ponham em xeque as conclusões dos estudos de campo, é a caracterização equivocada dos cenários, supostamente semelhantes. Para o autor, embora o método utilizado possa ser o mesmo em ambos os cenários, isto pode acontecer simplesmente porque os cenários, não são os mesmos. O autor ressalta também, o efeito das características do investigador sobre as respostas obtidas junto aos sujeitos da pesquisa. Salaria ainda que, o conhecimento do experimentador em relação à hipótese que está testando e à conclusão que ele espera chegar poderá afetar sobremaneira as respostas dos sujeitos.

Nesse estudo existia mais um possível agravante, que é o fato de nesse hospital o pesquisador desenvolver suas atividades profissionais, e o que poderia ser mais agravante ainda, que é de estar ligado diretamente à chefia da Divisão de Enfermagem. Nesse sentido, a fim de evitar que isso pudesse influenciar nas respostas dos sujeitos, embora tivéssemos optado pela entrevista gravada, contamos com a colaboração de algumas residentes que muito gentilmente nos ajudaram realizando as entrevistas, evitando que isso tivesse que ser feito pelo pesquisador.

Se por um lado conseguimos resolver um problema, por outro, acabamos criando algumas limitações para a entrevista. O fato das residentes que realizaram as entrevistas não terem maiores conhecimentos acerca do tema da pesquisa, fez com que as mesmas não se aprofundassem nas questões, a partir das respostas dos sujeitos, motivo pelo qual, acreditamos que o conteúdo das falas poderiam ter sido melhor explorado.

Os dados foram produzidos no período de outubro a novembro de 2009, a partir da realização das entrevistas com os sujeitos. Após tomar conhecimento dos objetivos do estudo, a partir da leitura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido, e após concordarem em participar do estudo, cada participante foi entrevistado em local

reservado dentro do próprio hospital. As entrevistas duraram em média 20 minutos. Foram identificados com nome de países. As falas foram gravadas em mídia digital com o compromisso assumido junto aos entrevistados que o conteúdo das entrevistas seriam utilizados exclusivamente como subsídio a essa pesquisa.

Os dados foram organizados em gráficos utilizando o software “Br Office 3.2.0”, distribuído gratuitamente e a ferramenta “Excel” do referido software, em sua modalidade “Gráfico Dinâmico” nos permitiu a análise dos dados.

A organização dos dados nesse estudo se dividiu em momentos distintos, inter-relacionados, a saber:

A) A partir dos dados quantitativos foi possível estabelecer o perfil sócio-demográfico dos sujeitos que participaram do estudo, utilizando-se as variáveis, categoria profissional, unidade de atuação, sexo e tempo de experiência profissional.

B) A ordenação e organização dos dados qualitativos se deram após exaustivas e repetidas leituras das respostas dos sujeitos a cada uma das perguntas formuladas. Neste momento foram constituídos vários *corpus* com posterior detecção dos núcleos de sentido e categorização temática.

C) Os dados qualitativos, uma vez categorizados tematicamente foram geometrizados a partir da determinação da frequência simples dos núcleos de sentido identificados nas falas dos sujeitos e organizados em forma de gráficos.

D) As unidades de sentido, depois de geometrizados serviram de base para a construção das categorias de análise emergentes nesse estudo.

E) Por fim, deu-se a análise e discussão dos dados produzidos, com base no multireferencial escolhido.

4.3 - A Amostra e os Sujeitos da Pesquisa

Na determinação da amostra e dos sujeitos que participaram deste estudo, alguns aspectos que envolvem escolha e seleção foram observados, considerando que o estudo

investigou a espiritualidade como dimensão do cuidado em diferentes unidades de atuação profissional e as possíveis interfaces com o discurso de humanização do cuidado de Enfermagem.

4.4 - Critérios de seleção

Minayo (1992), ao fazer algumas considerações acerca do Método Quantitativo, salienta que na definição da população a ser estudada, devemos buscar uma representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos que serão testados. Diferentemente, com relação à abordagem qualitativa, a autora ressalta que a preocupação com a generalização é menos importante. Nesta abordagem, a preocupação maior é com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um determinado fenômeno.

Desta forma, em se tratando de uma pesquisa que abordou um fenômeno inerente ao dia-a-dia da Enfermagem, tornou-se imprescindível à determinação de uma amostra da população a ser estudada que fosse capaz de dar conta da necessária representatividade numérica e qualitativa. Assim, a amostra foi do tipo proposital (amostragem intencional), ou seja, foram selecionados apenas os profissionais de Enfermagem que já tiveram experiência profissional cuidando de clientes em unidades de internação apenas. Sendo assim, a amostra foi composta por um total de 28 sujeitos, entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais que atuam na área da enfermagem em diferentes setores. Alguns auxiliares que participaram do estudo são portadores do curso técnico, muito embora, para o Ministério da Saúde, são todos auxiliares de enfermagem, pois só existe essa categoria no quadro do Ministério da Saúde. A escolha foi feita de modo aleatório.

Atentamos também para a questão ética. Nesse sentido, procuramos em todas as fases do estudo, respeitar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, como por exemplo, o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de

Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), além das disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e das legislações brasileiras correlatas, tais como Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 entre outros.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros. Ela assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, que certamente foram assegurados nesta pesquisa. Isto inclui a elaboração de instrumentos específicos para a produção de dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, dos indivíduos-alvo; a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (justiça e equidade).

Em atendimento a Resolução 196/96, e as exigências do CONEP¹, o Protocolo de Pesquisa deste estudo foi para apreciação do Comitê de Ética do Instituto Nacional de Cardiologia, onde teve aprovação, sem a necessidade prévia de ajustes, nem no Projeto, e nem no instrumento de produção de dados. O parecer encontra-se em anexo.

4.5 - Os Cenários do Desenvolvimento da Pesquisa

Mesmo considerando que a observação de campo não foi realizada como estratégia para produção de dados neste estudo, achamos oportuno trazer algumas informações relativas ao hospital no qual desenvolvem suas atividades profissionais os sujeitos que participaram do estudo, por entendermos que cada qual tem suas peculiaridades e que estas poderão influenciar no modo de pensar e agir de cada profissional. A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de enfermagem que atuam

¹Comitê Nacional de ética em Pesquisa. Sede em Brasília, Distrito Federal.

na unidade de terapia intensiva, enfermagem e pediatria de um hospital de grande porte pertencente à Rede Federal de Saúde, especializado em cardiologia, referência em cirurgia cardíaca e participante do Programa Humaniza-SUS do Ministério da Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

O aspecto relevante que foi considerado na escolha pelo referido hospital está relacionado à facilidade de acesso e entrada no campo para a produção de dados junto aos profissionais de enfermagem.

A facilitação da entrada no campo é algo que nos dias de hoje precisa ser considerado pelo pesquisador, visto que, não tem sido fácil conseguir autorização para o desenvolvimento de pesquisas, principalmente em unidades especializadas e de referência nacional.

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados produzidos durante a fase exploratória, a partir da aplicação de instrumento específico junto aos sujeitos/objeto do estudo, nos permitiu reunir um conjunto expressivo de dados, tanto qualitativos e quantitativos, possibilitando dessa maneira uma geometrização do fenômeno pesquisado e, conseqüentemente, dos achados, em que pese o fato de tratar-se de uma temática com apelo muito mais subjetivo do que objetivo.

Assim foi possível além de definir o perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo, trabalhar com 2 categorias de análise permitindo que os objetivos do estudo fossem plenamente alcançados. A seguir passaremos a apresentação desse perfil e posteriormente a análise das categorias.

O perfil sócio-demográfico

O perfil sócio-demográfico nos permite conhecer melhor a os sujeitos do estudo de modo que se tornou possível determinar se a amostra estudada era heterogênea ou homogênea, pois dependendo do perfil encontrado, poderia influenciar o resultado do estudo. O que encontramos foi um grupo homogênea, sendo o sexo a variável que mais se mostrou heterogenia.

Nesse estudo, o perfil sócio-demográfico dos sujeitos foi traçado a partir das variáveis categóricas profissional, sexo, tempo de experiência profissional e área de atuação.

Os gráficos 1e 2 tratam da distribuição dos participantes da pesquisa segundo a categoria profissional e o sexo. Pode-se perceber que a amostra está concentrada na categoria profissional de enfermeiros, com pouco mais de 60% dos sujeitos. Da mesma forma, o sexo feminino prevaleceu na amostra, com mais de 95%.

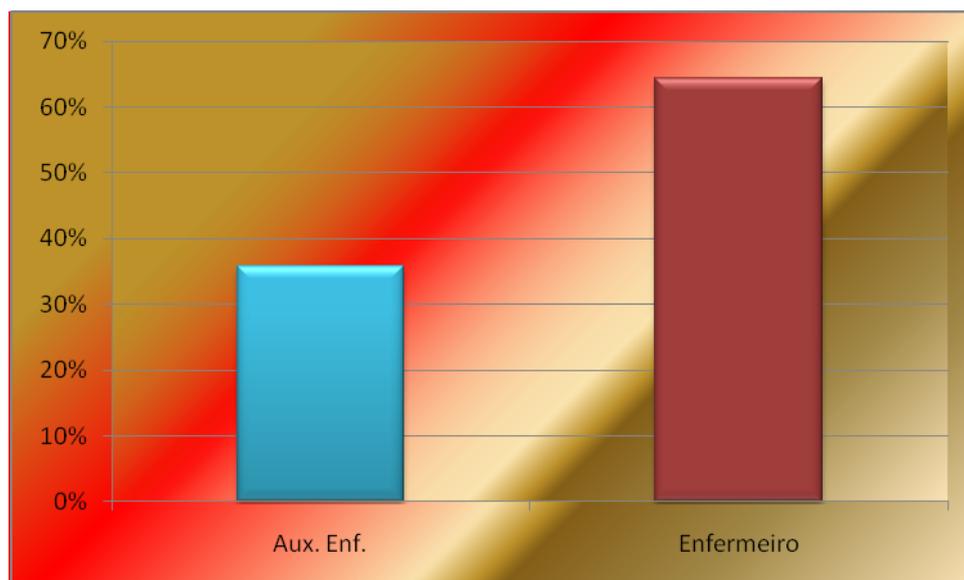


Gráfico 1- Distribuição dos sujeitos segundo categoria profissional

Vale ressaltar que o número expressivo de enfermeiros parece ser reflexo da distribuição desses profissionais na amostra investigada, de fato, é grande o número de enfermeiros, diferentemente de outras instituições.

Quando cruzamos a categoria profissional com o sexo, prevaleceu o sexo feminino em ambas as categorias, sobretudo, entre os auxiliares de enfermagem. Esses dados, em que pese o fato de já ser notório que na enfermagem, o sexo feminino predomina, parece bem interessante a perspectiva da espiritualidade e do cuidado com essa dimensão.

Hoje, mais do que no passado, temos visto que as mulheres, cada vez mais tem ocupado a posição de líderes espirituais em diferentes seitas ou religiões, isso parece traduzir uma mudança ou quem sabe, uma tendência. Talvez o fato das mulheres terem como qualidades o amor, a tolerância, a compaixão, o entendimento e a humildade, mais presentes que nos homens, sendo essas qualidades fundamentais para o desempenho de funções de liderança, esteja contribuindo para essa mudança. Mas essas qualidades parecem fundamentais também para o crescimento espiritual pois, sem elas, seria praticamente impossível a aproximação com as forças supremas e o alcance da auto-realização.

Sendo assim, pelo menos em tese, esse perfil predominantemente feminino poderia facilitar o trabalho dessas profissionais no que se refere ao cuidado da dimensão

espiritual e a necessidade de transcendência de seus clientes, o que na prática não obrigatoriamente poderá acontecer.

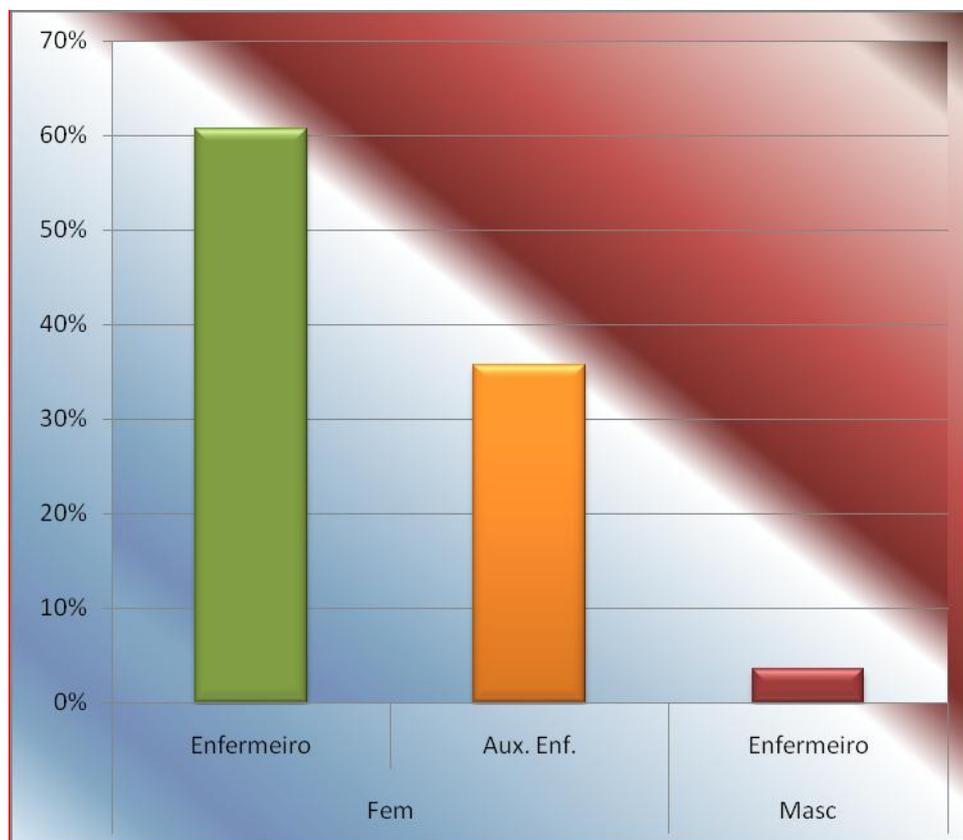


Gráfico 2– Distribuição dos sujeitos segundo categoria profissional e Sexo

Mesmo sabendo como servir e como se dar ao próximo, mesmo parecendo mais sensível e aberta a novas idéias e paradigmas, quando comparadas aos homens, as mulheres, na amostra desse estudo parecem esbarrar em , pelo menos, duas situações que poderiam se constituir em barreiras para se trabalhar com a espiritualidade de seus clientes. A primeira diz respeito a própria formação acadêmica (60% das mulheres desse estudo são enfermeiras) e a segunda, a aparente dificuldade que essas mulheres tem de pensar em sua própria espiritualidade pelo fato de se doarem muito mais aos outros que cuidam, em função de suas profissões.

Sudesh Didi, ao falar sobre o papel único que as mulheres desempenham dentro da Brahma Kumaris, salienta que nos últimos dois mil anos ou mais, as mulheres não tem utilizado completamente o seu poder espiritual. Para Sudesh Didi, o ser eterno ou a alma é puro, pacífico e preenchido com as qualidades divinas e espirituais e quando as

mulheres tocam essa essência interna e externa, elas ganham coragem para desempenhar aquilo para o qual possuem a capacidade, e conclui reafirmando que o poder do espírito humano é uma expressão das qualidades herdadas do próprio espírito e não tem nada a ver com o gênero ou limitações físicas.

Enquanto na antiguidade, ciência, poesias, arte e sacerdócio encontravam-se intimamente ligados, com o renascimento, o dualismo ciência e espiritualidade chegou ao seu apogeu, em resposta à *ditadura espiritual* impostas pelos dógmas religiosos. Com a máxima de Francis Bacon de que conhecimento em si é poder, a ciência passou a buscar não mais a sabedoria, mas a dominação a partir do conhecimento científico. Embora no século XVII essa dualidade ciência e espiritualidade tivesse sido inaugurada, foi no século XVIII que ela se aprofundou ainda mais, com o surgimento do Iluminismo, que fundou uma nova ditadura, a *ditadura materialista*, subjulgando totalmente a subjetividade, (Morin e Moigne, 2004).

Essa ditadura materialista influenciou e ainda influencia a formação dentro da academia. Dessa forma, existe uma tendência para que as enfermeiras estejam muito mais inclinadas para a racionalidade e objetividade do que as auxiliares de enfermagem, que não sofreram, pela sua formação, tanta influência do modelo cartesiano, como as enfermeiras, (Morin e Moigne, 2004).

Por essa razão entendemos que a formação acadêmicas dessas enfermeiras poderia ser considerada uma barreira para se pensar a espiritualidade humana, ainda que as mulheres possam ter essa facilidade.

Waldow (2001), refere-se a existência de alguns mitos que se desenvolveram nas relações entre prática de cuidar e a mulher. Característica materna, aspecto criativo, relacionado às mulheres consagradas e religiosas que prestavam cuidado aos enfermos. A existência desses mitos reforçam, ao nosso ver, pelo menos no senso comum, a idéia de que a mulher, pelo fato de historicamente estarem associadas a tarefas de cuidar dos filhos e esposos e pela aproximação entre o cuidado e a religião, na medida em que a doença era tida como pecado e acreditava-se que a alma seria salva no momento em que as pessoas prestassem cuidados aos enfermos, tenha (a mulher) quase que como obrigação de cuidar da espiritualidade de seus cliente e doentes, fazendo com que elas possam esquecer de cuidar de sua própria espiritualidade, o que para nós, poderia comprometer a assistência e o cuidado prestado, pois somos do entendimento que para

cuidarmos, precisamos ter nossas necessidades atendidas, sobretudo as de ordem espiritual e de transcendência.

No que se refere ao tempo de experiência profissional e a distribuição dos sujeitos segundo a área de atuação profissional, como pode ser constatado nos gráficos 3 e 4, a amostra foi composta por profissionais com tempo de experiência profissional entre 5 e 10 anos, do mesmo modo que as unidades de leitos não críticos (enfermarias) foram as unidades de atuação profissional que prevaleceram no estudo.

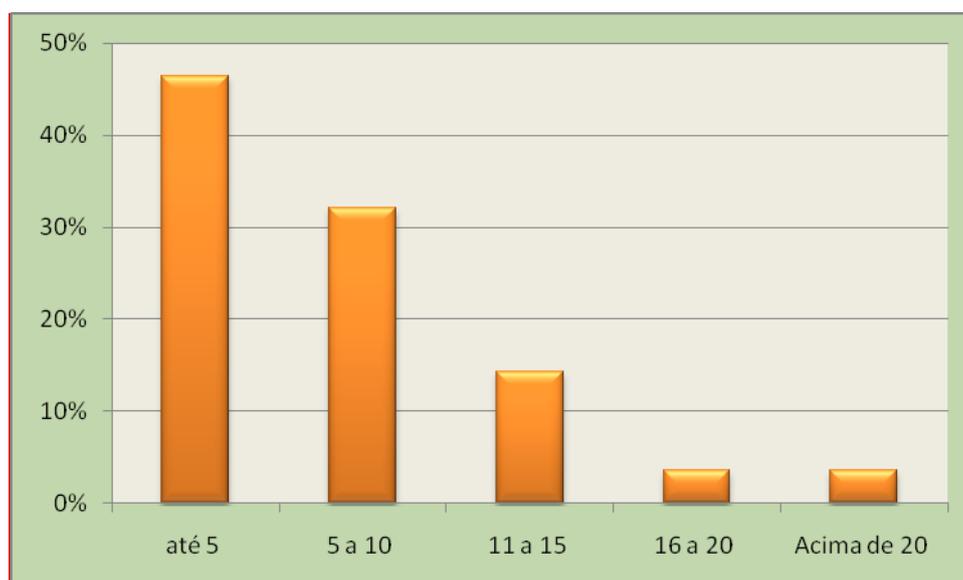


Gráfico 3– Tempo de Experiência Profissional

Ao olharmos para esses dados podemos dizer que o perfil sócio-demográfico da amostra estudada caracteriza-se pelo expressivo número de enfermeiras de unidades de leitos não-críticos, portanto, não intensivistas, católicas e com tempo de experiência de até 15 anos. Entendemos que esse perfil pode explicar determinados comportamentos, atitudes e práticas, bem como, a visão de mundo desses profissionais quando os sujeitos são estimulados a pensar sobre a espiritualidade no seu cotidiano de cuidar.

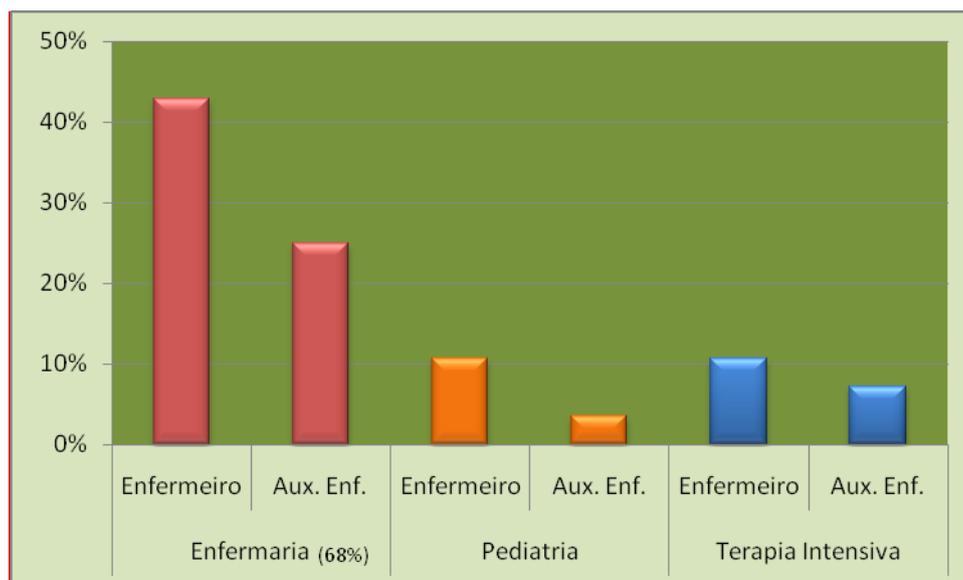


Gráfico 4– Distribuição segundo a área de atuação

Uma vez conhecido o perfil sócio-demográfico dos sujeitos/objeto, procuramos saber deles, o que eles consideram como aspecto mais importante no cuidado de enfermagem, o que entendem por espiritualidade, se se preocupam com a dimensão espiritual dos clientes, como essa preocupação se manifesta nas ações de cuidar e o que pensam acerca do discurso de humanização.

Acreditamos que o perfil sócio-demográfico encontrado nesse estudo possa ter influenciado a fala desses profissionais em relação às demais variáveis. Isso parece ter ficado evidente no cruzamento das variáveis relativas ao cuidado de enfermagem, sua dimensão espiritual e a idéia de humanização, com as variáveis do perfil sócio-demográfico. Isso nos possibilitou identificar como as diferentes categorias profissionais em seus diferentes extratos observados nos perfil sócio-demográficos pensam acerca dessas temáticas.

Silva (2006), ao pesquisar o entendimento dos profissionais de enfermagem acerca da idéia de desumanização em unidades tecnológicas, percebeu claramente o quanto que o perfil sócio-demográfico da amostra estudada influenciou os depoimentos dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, constatou que os significados atribuídos a tecnologia em terapia intensiva sofreu muito mais influência do tempo de experiência profissional nessas unidades, do que qualquer outra variável.

Assim, os mais experientes se mostraram mais preocupados com a supervalorização da tecnologia em terapia intensiva. A esse respeito, não podemos

nesse estudo, estabelecer algum tipo de relação entre o tempo de experiência profissional, ou ainda, a área de atuação profissional, com a importância ou o reconhecimento da dimensão espiritual e de transcendência dos doentes, pelos profissionais que participaram do estudo.

Assim o que pode se perceber, no entanto ao olharmos para o gráfico 6, que o tempo de experiência profissional parece ter sido determinante no que se refere aos aspectos mais importantes a serem considerados pelos profissionais quando cuidam de seus clientes. Embora não tivesse sido significativamente tão relevante, os profissionais menos experientes, embora ainda muito preocupado com os aspectos objetivos e racionais, se mostram nesse estudo muito mais preocupados com os aspectos subjetivos do que os mais experientes.

Emergiram algumas falas sobre o conceito de espiritualidade, sua importância, nos momentos que mais precisamos pensar nela e que implicações podemos ter para a assistência de enfermagem quando não a consideramos, que nos permitiu criar três categorias de análise que decidimos denominar: *a preocupação dos profissionais de enfermagem com a dimensão espiritual, a espiritualidade na perspectiva energética do corpo: momento em que a dimensão espiritual dos clientes torna-se elemento importante para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem; e o cuidado com a dimensão espiritual no controverso discurso de desumanização.*

Essas categorias parecem relatar o quanto tem sido difícil para os profissionais de enfermagem pensar a espiritualidade dos seus pacientes e quem sabe, a sua própria, como algo para além da religião. Além disso, parecem revelar toda controvérsia presente no discurso de desumanização da assistência de enfermagem, como passaremos a discutir a partir desse momento.

1ª. Categoria de análise

A preocupação dos profissionais de enfermagem com a dimensão espiritual

Com o propósito de facilitar a análise das variáveis relacionadas aos aspectos mais importantes do cuidado de enfermagem, pensamos que seria oportuno utilizarmos do gráfico 5 para apresentar a distribuição dos sujeitos segundo os aspectos mais importantes do cuidado, subdividindo-os em subcategorias denominadas de: aspectos de ordem objetivos e de ordem subjetivos.

Para muitos sujeitos do estudo, faz-se necessário pensar em todos os aspectos, sejam eles subjetivos ou objetivos. Percebemos também que alguns aspectos citados por eles poderiam ser entendidos ou interpretados tanto como de ordem subjetiva quanto de ordem objetiva, também. Talvez isso se deva a nossa dificuldade de definir com clareza o que é subjetividade e o que é objetividade. Sendo assim, preferimos considerar que esses aspectos poderiam ser agrupados como objetivos e subjetivos juntamente com aqueles que consideramos serem importantes na assistência de enfermagem.

Olhando para o gráfico 5, pode-se constatar que pelo menos na teoria esses sujeitos estão contemplando sim, em suas práticas, aspectos tanto subjetivos como objetivos, também.

Um percentual expressivo dos sujeitos do estudo demonstraram dar importância a *todos* os aspectos subjetivos na assistência e prestação do cuidado, com destaque para comunicação, o emocional e o interagir, como aspectos subjetivos que precisam ser considerados na assistência e prestação de cuidados de enfermagem. Entre os aspectos objetivos, como já esperávamos, houve enorme preocupação com os aspectos clínicos e físicos.

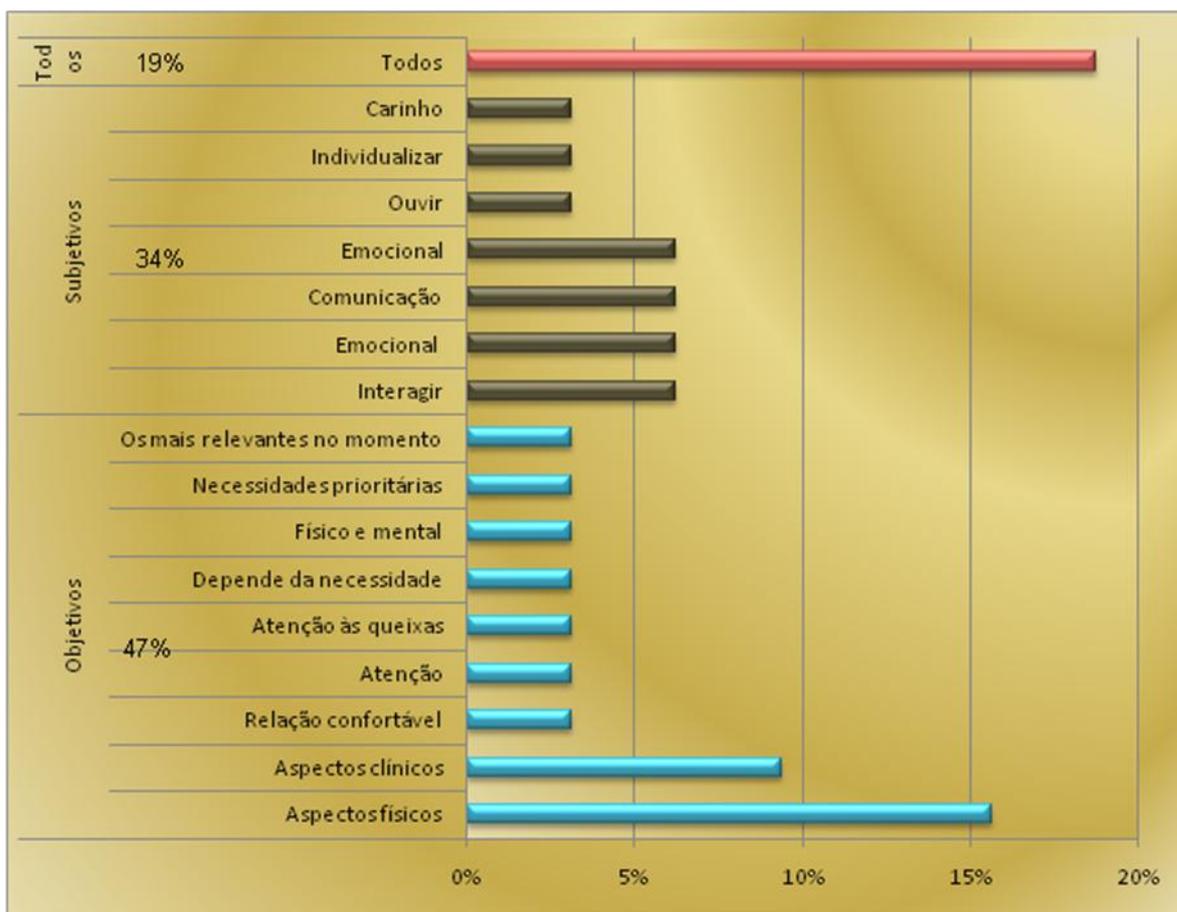


Gráfico 5 – Distribuição dos núcleos de sentido encontrados nas falas dos sujeitos correlacionados com os aspectos mais importantes do cuidado

Nos apoiamos na filosofia para dizer nesse estudo o que entendemos por subjetivo. Assim, aprendemos com Abbagnano (1982), que subjetivo, pode ser entendido como sendo tudo aquilo que pertence ao sujeito ou tem caráter de subjetividade. Nesse sentido, subjetivo seria tudo aquilo inerente ao sujeito. A partir desse conceito, acreditamos que poderíamos entender como objetivo, tudo aquilo que é externo à consciência, resultado de observação imparcial, independente das preferências individuais. Sendo assim, podemos dizer que subjetividade e objetividade são, respectivamente, qualidades das coisas que são consideradas subjetivas e objetivas.

Embora saibamos que o conceito de objetivo e subjetivo em Kant (1781), diz respeito especificamente ao campo da ciência, ao utilizar a palavra "objetivo" para indicar aquilo que pode ser compreendido por todos, acreditamos que suas idéias a respeito dessa temática poderiam ser perfeitamente consideradas aqui para dar mais clareza àquilo que entendemos por objetivo,

Assim, consideramos pertinente classificar como aspectos de ordem objetiva ou objetividade, todos aqueles aspectos que podem ser entendido por todos, a partir de suas próprias observações imparciais independentemente de suas preferências individuais. Desse modo, foram considerados aspectos objetivos, por exemplo, os aspectos físicos, clínicos, e subjetivos, a emoção e o carinho.

Retornamos novamente, aos achados do gráfico 5, onde constatamos algo bastante interessante, e que talvez possa ter mesmo relação com a dificuldade de definirmos o que é subjetivo e objetivo, e nos relacionarmos com as coisas do campo da subjetividade. Observe que com relação à preocupação com os aspectos subjetivos, 19% dos sujeitos disseram que se preocupam com todos os aspectos subjetivos na assistência de enfermagem.

Nota-se o quanto é complicado para o profissional descrever com segurança e clareza os aspectos de ordem subjetiva com os quais esses profissionais se preocupam. Quando isso é possível, a comunicação, a emoção e a interação com o doente e família se destacam entre os aspectos subjetivos citados pelos sujeitos do estudo. Esses dados se revestem de importância, quando consideramos que para Ayres (2004), a ação de cuidar é compreendida como uma relação permeada de interações intersubjetivas ricas e dinâmicas que exige tanto a racionalidade quanto a amplitude de tecnologias. Entendimento este também partilhado por Lindolpho, (1996).

Já os aspectos objetivos, por outro lado, dada a sua racionalidade, são mais facilmente trabalhados pelos sujeitos do estudo, em que pese o fato de observarmos ainda, que tal preocupação relaciona-se basicamente com a condição clínica e física do doente, o que poderia ser perfeitamente entendido, considerando que nos formamos e ainda somos formados a partir do modelo biomédico e a partir do paradigma da cura, no qual os aspectos biológicos e, portanto, de ordem clínica e física, ocupam lugar de destaque em nossas ações.

Entendemos que o ensino científico para a formação dos profissionais de enfermagem precisou em algum momento estar direcionado para aprendizagem dos aspectos técnicos, reforçando o modelo biomédico e dificultando uma maior aproximação com o cliente, no que se refere ao pensar e atender as necessidades mais voltadas para o campo da subjetividade. Isso talvez explique os achados desse estudo com relação à preocupação desses sujeitos quando cuidam. Quando formados, os

profissionais tendem a ter uma maior preocupação em atender às necessidades biológicas do indivíduo, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano.

Não raramente, na prática profissional, quando os profissionais de enfermagem aproximam-se de seus clientes, sobretudo quando vão realizar algum tipo de procedimento, para Silva (2005), muito embora possam estar preocupados também em atender outras necessidades, acabam dando maior atenção às necessidades físicas de caráter clínico, geralmente, ligadas à manutenção da hemodinâmica do indivíduo, como por exemplo, a monitorização rigorosa dos sinais vitais, a verificação do funcionamento adequado dos equipamentos, que constituem o aparato tecnológico, tão comuns nos dias de hoje. Com isso as necessidades relacionadas com a dimensão espiritual acabam sendo renegadas a um segundo plano.

Entretanto, sabemos que não se pode rotular esses profissionais e suas práticas, em função de sua maior e notória preocupação com esse aspectos. Tudo precisa ser devidamente contextualizado, pois existem momentos em que a racionalidade que se encerra nessa preocupação, é de fundamental importância para a manutenção da vida.

Hoje, os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) da enfermagem, baseados em novas diretrizes curriculares, adotadas em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394/96, proporcionam mudanças no processo de formação do enfermeiro e da enfermagem, de modo que a ênfase deixa de estar centrada no modelo biomédico, caracterizado pelo estudo da doença, aprendizagem e reprodução de técnicas e tarefas, e passa a estar centrada em um modelo holístico, humanizado e contextualizado, formando profissionais críticos, criativos e éticos para atuar na prática profissional.

O gráfico 6 nos mostra que somente os sujeitos com até 10 anos de experiência se preocupam com todos os aspectos objetivos e subjetivos, embora a maior preocupação ainda seja com os aspectos objetivos. Isso talvez tenha relação com o que discutimos anteriormente (formação pautada no modelo biomédico, no paradigma da cura). Os aspectos objetivos não parecem ser, pelo menos nesse estudo, uma preocupação dos profissionais, com mais de 20 anos de experiência, afinal, em momento algum foi citado

por esse grupo. Não obstante, devemos considerar que a amostra não foi significativamente representada por sujeitos nessa faixa etária, o que poderia se constituir em um viés. Entretanto, vamos ousar dizer que os sujeitos mais experientes já atravessaram a fase na qual a preocupação maior costuma ser com os aspectos mais racionais e, portanto, objetivos.

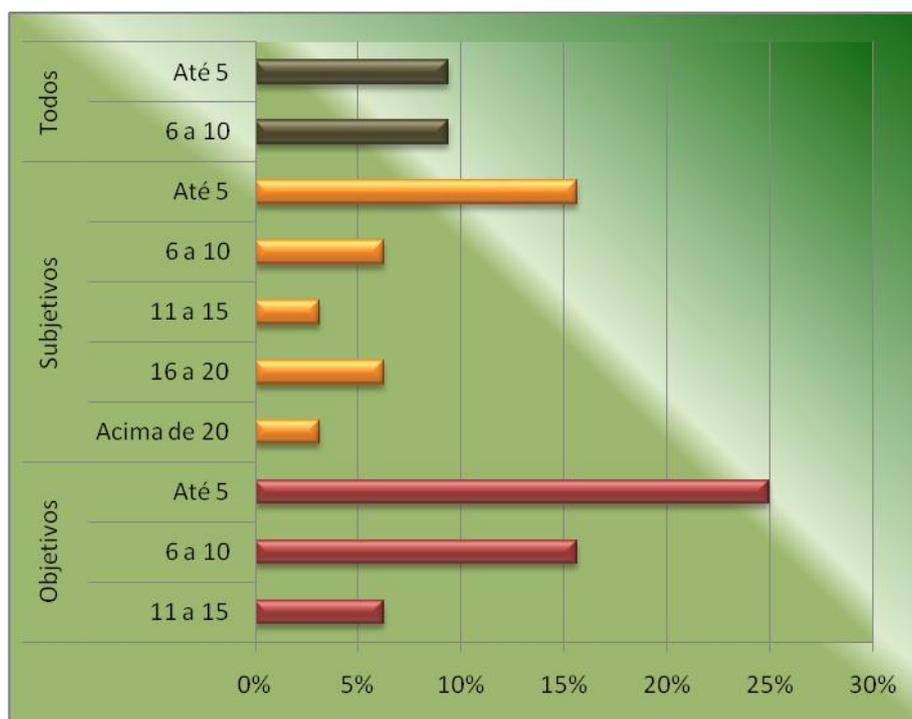


Gráfico 6– Distribuição dos aspectos objetivos e subjetivos mais importantes do cuidado segundo o Tempo de experiência profissional dos sujeitos do estudo

Silva (2006), ao estudar o significado atribuído as unidades de terapia pelos profissionais de enfermagem, pode constatar que o tempo de experiência profissional, muito mais do que a influência do ambiente da terapia intensiva, pareceu ser o que ele chamou de “divisor de águas” daquilo que pensam os profissionais de Enfermagem ao dar sentido à terapia intensiva. O referido autor percebeu que, enquanto os mais experientes parecem mais preocupados com a dificuldade para proporcionar conforto, os mais jovens parecem mais preocupados com a supervalorização da racionalidade na prestação do cuidado.

Aproximando a pesquisa de Silva (2006), com os resultados encontrados nesse estudo, e considerando que a questão do conforto está muito mais ligada ao campo da

subjetividade, e a preocupação com a supervalorização da racionalidade, muito mais no campo da objetividade, em que pese o fato do estudo do referido autor ter sido realizado em unidades de terapia intensiva, podemos dizer que os resultados das pesquisas são bem parecidos, o que nos faz acreditar que, de fato, independentemente do ambiente, o tempo de experiência poderá ser mesmo o “divisor de águas” em relação ao que pensam como prioridades na assistência, os profissionais de enfermagem.

Se por um lado os menos experientes se mostram mais preocupados com os aspectos objetivos, com relação a categoria profissional, os enfermeiros são os que menos parecem se preocupar.

No gráfico 7 podemos perceber que os enfermeiros, como já se poderia esperar que acontecesse, considerando o modelo pelo qual foram formados (biomédico) se mostraram mais preocupados com os aspectos objetivos relacionados à assistência, atendimento de necessidades, enquanto que os auxiliares se mostraram mais preocupados com os aspectos subjetivos. Poucos foram os auxiliares que se mostram preocupados com ambos os aspectos, diferentemente de alguns enfermeiros.

Não se pode negar ou deixar de admitir que pelo menos duas coisas poderão ser utilizadas como argumento para explicar os dados descritos no gráfico 7. A primeira, que a marca da humanidade no mundo é a racionalidade que se apresenta de várias maneiras: técnica, arte, ciência, filosofia e saberes, e que a práxis denuncia a racionalidade humana nas mais diferentes atividades. A segunda, que no cotidiano da Enfermagem, coexistem duas dimensões: a do conhecimento/saber e a da práxis, que diz respeito ao fazer que envolve todo o processo de cuidar em enfermagem.

Nessa perspectiva, entendemos que os enfermeiros, para cuidar, diferentemente dos auxiliares e técnicos, acumulam um cabedal de conhecimentos e saberes muito maiores e mais fortemente ligados a uma prática racional e biomédica, razão pela qual, no nosso entendimento, estão muito mais preocupados com os aspectos racionais e objetivos do que os auxiliares de enfermagem.

Com a mudança dos paradigmas e dos modelos hegemônicos que influenciaram a formação dos profissionais de enfermagem, sobretudo, na última década, é muito provável que a Enfermagem consiga superar as limitações impostas pelo modelo tradicional da ciência, mais especificamente, pelo modelo biomédico e mecanicista dominante na atenção à saúde, permitindo assim o surgimento de um cuidado mais

preocupado com os aspectos subjetivos, significado pessoal, enfrentando a diversidade das situações do cotidiano, passando a valorizar também o estar junto com o outro, buscando conhecer o outro com suas diferenças sociais e culturais.

Entretanto, esse movimento ainda nos parece muito incipiente o que pode ser confirmado pelos resultados desse estudo, que mostra um enfermeiro ainda muito mais preocupado com a racionalidade e com as necessidades de ordem psicobiológicas, em detrimento da subjetividade e das necessidades de ordem espirituais e transcendentais, portanto, de caráter mais subjetivo, como a espiritualidade, por exemplo.

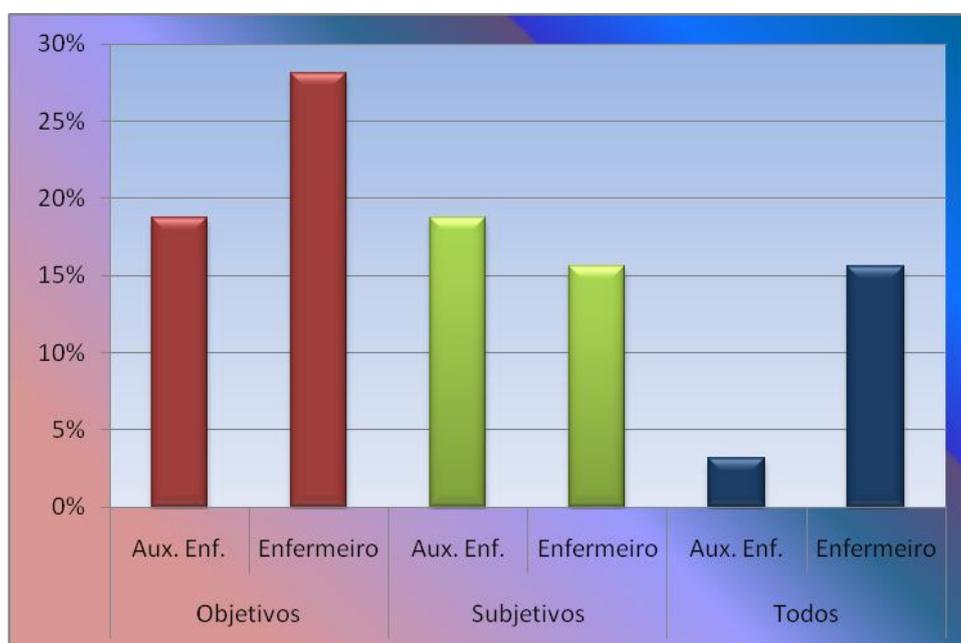


Gráfico 7- Distribuição dos sujeitos segundo os aspectos mais importantes do cuidado e a Categoria Profissional

É possível constatar em quase 50% das falas, a importância da objetividade na assistência de enfermagem, mesmo quando a subjetividade é também considerada pelo sujeito. O sujeito chamado Portugal diz:

O mais importante, é o físico, que é nisso que a gente trabalha, né, como foco. E o emocional, é, anda junto na segunda parte, é, no caso seria o menos importante, que a gente não tem muito tempo com o paciente pra poder cuidar do emocional dele.

Também responde assim o sujeito República Dominicana:

Então, eu acho que o mais importante é a estabilidade do doente, né, é a patologia em si que ele tem, seja cardíaco ou não, é a patologia, primeiro ele tem que tá estabilizado pro cuidado da enfermagem porque acho que essa é a nossa missão, é, salvar vidas, né?

Em uma análise preliminar, pode inferir que a assistência e o cuidado de enfermagem são pautados ou norteados por uma demanda de necessidades básicas afetadas predominantemente de ordem psico-biológica e em menor escala, as de ordem psico-espiritual.

Entendemos que enquanto não houver uma mudança drástica nesse perfil de formação profissional, a supervalorização da racionalidade e das necessidades orgânicas psicobiológicas, continuaremos ouvindo, ainda que equivocadamente, que esse tipo de cuidado é um cuidado desumano. Interessantemente, percebeu-se que houve evidente equilíbrio com relação as preocupação (com o objetivo e o subjetivo) na assistência de enfermagem entre os sujeitos que atuam em terapia intensiva e na pediatria.

Nessas unidades, tantos os aspectos objetivos quanto os subjetivos parecem ter o mesmo grau de importância na concepção dos profissionais de enfermagem que atuam nessas unidades. Surpresa maior fica por conta do que pensam os profissionais da terapia intensiva, que por se tratar de uma unidade marcadamente tecnológica, parece haver muito mais espaço para se pensar também na subjetividade durante a assistência e prestação de cuidados de enfermagem, quando comparado a outras unidades, pelo menos.

Silva (2006, p. 37), afirma que a preocupação com o tempo de experiência dos sujeitos fundamenta-se no fato de que esta experiência poderá influenciar significativamente no entendimento das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas de cuidar em Enfermagem na terapia intensiva, e do mesmo modo, na reflexão acerca do significado dos cuidados que são prestados e do ambiente dessas unidades. Nesse estudo, podemos inferir, também, que a categoria profissional e a unidade de atuação profissional, poderão influenciar, também.

Da análise dos dados qualitativos produzidos a partir das questões 1, 3, 4, 6, 8 e 10, do instrumento de produção de dados, a saber:

- 1- Quando você interage com o doente, que aspectos você considera mais importantes para o cuidado de enfermagem?
- 3- O que é espiritualidade para você?
- 4- Para você, a espiritualidade é um aspecto importante que precisa ser considerado durante a prestação de cuidados de enfermagem? Por quê? (nos casos onde o

- profissional não tenha citado a espiritualidade como importante aspecto para ser considerado no cuidado, questione por que ele não a citou na primeira pergunta)
- 6- Como ou de que forma sua preocupação com a espiritualidade se manifesta em suas ações de cuidar?
 - 8- Em sua opinião, em que momentos ou situações os profissionais de enfermagem mais precisam considerar a espiritualidade ao prestarem cuidados de enfermagem aos doentes?
 - 10- Deixar de considerar a espiritualidade durante a prestação de cuidados de enfermagem, é em sua opinião, um exemplo descuidado ou de desumanização? Por quê?

2ª. Categoria de análise

A espiritualidade na perspectiva energética: momentos em que a dimensão espiritual dos clientes torna-se elemento importante para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem.

Olhando para o gráfico 8, percebe-se o quanto o entendimento dos profissionais de enfermagem acerca do que é espiritualidade está impregnado pela cultura judaico-cristã, que encerra na religião e na religiosidade humana e todos os seus dogmas, o único caminho para se chegar ao Ser Supremo denominado Deus que se manifesta em nossas vidas segundo os diferentes dogmas, como espírito.

O fato de na religião acreditarmos que esse único Ser Supremo se manifesta sob a forma de espírito, é, ao nosso ver, umas das principais razões para que esses profissionais tenham pensado na espiritualidade como algo que se aproxima muito como religião.

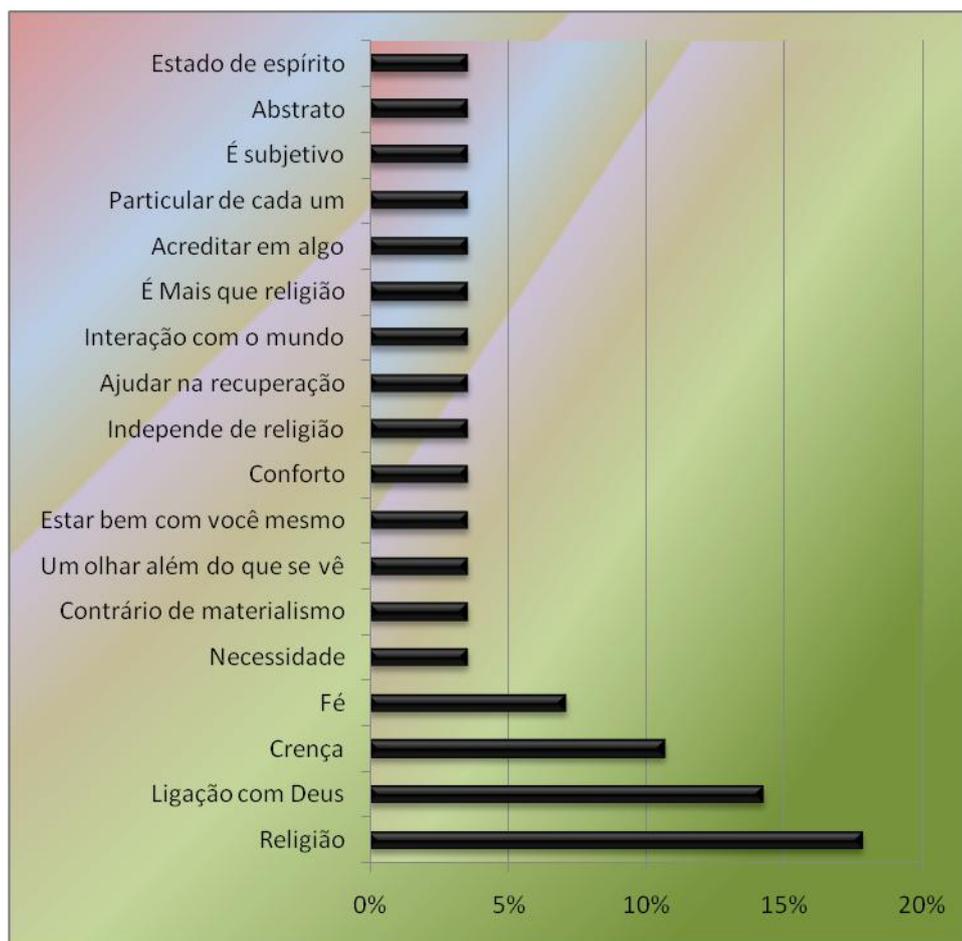


Gráfico 8- Distribuição dos sujeitos segundo o entendimento acerca da espiritualidade

Muito embora a espiritualidade humana possa ser confundida com religiosidade humana, entendemos que a religião é apenas um dos aspectos da espiritualidade e não ela em si. A religião é uma escolha que fazemos para entender/encontrar Deus, espiritualidade é a necessidade que todos temos de entender e ser entendido pelo outro, seja ele quem for.

Para Saad, Masiero, Battistella (2001), religiosidade e espiritualidade não são sinônimos. Para os autores, religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo e está relacionada a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e seus significados.

No nosso entendimento, a espiritualidade pode ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o

tangível, em um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir participação religiosa formal.

Embora os estudos acerca da espiritualidade na Enfermagem, seja uma questão que aparece desde Florence Nightingale, no Brasil (ainda que espiritualidade se confunda com a idéia de religião), a primeira publicação científica sobre o tema data de 1947. Hoje, poucos estudos tem sido produzidos a esse respeito. Para Sá e Pereira (2007), no decorrer do tempo, o pensamento da Enfermagem sobre a dimensão espiritual foi se modificando, passando de uma tendência de ver a espiritualidade atrelada à religião, para reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e a tentativa de compreender os fenômenos da espiritualidade dos pacientes como também do próprio enfermeiro.

A questão da espiritualidade é muito ampla e sua mensuração, bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença, um de seus aspectos passíveis de avaliação. Os instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual estão baseados no conceito de espiritualidade que envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), (SOUZA, et al, 2006).

É de 2000 em diante, no entanto, que se percebe um movimento importante em número de publicações e falas em eventos do tema espiritualidade, assim como aqueles associados à humanização, o que denota a relevância de se investigar objetos relacionados a essa temática, discutindo a atuação do enfermeiro – como sempre foi e não deveria ter deixado de ser entre boa parte de seus profissionais – tendo como princípios o estar ao lado do ser humano de quem cuida, sem receio de oferecer- lhe suporte emocional e espiritual, de forma íntegra, palpável, próxima e com capacidade para sentir e compreender o outro ser humano que está à sua frente, em uma relação dual e enriquecedora a ambos, principalmente no que se refere a preencher o saber do que vem a ser *ser humano*.

Resgata-se, assim, o dito de Wanda de Aguiar Horta sobre ser o enfermeiro “gente que cuida de gente”, frase banalizada pela mídia, mas cujo significado, extremamente profundo, foi introduzido no mundo da enfermagem pela autora que, visionária que sempre foi, pela primeira vez na história da enfermagem brasileira,

coloca ser a espiritualidade uma necessidade humana básica, portanto, essencial a todo ser humano que pretende alcançar a melhor qualidade de vida, (SÁ, 2009).

Boff (2001), muito tem falado sobre o tema espiritualidade e coloca que talvez uma das transformações culturais mais importantes para o século XXI será a volta da dimensão espiritual à vida humana. O autor afirma que este será um “século espiritual” que valorizará os variados caminhos espirituais e religiosos da humanidade e até mesmo com a criação de novos caminhos. Para Boff, a espiritualidade será um meio de ajudar a humanidade a ser co-responsável para com o destino da Terra, mais reverente diante do mistério do mundo e mais solidária para com aqueles que sofrem, dando leveza à vida e aliviando os seres humanos da sensação de condenação a um eterno vale de lágrimas, trazendo isso sim, a sensação de serem filhos e filhas da alegria de viver juntos neste mundo sob o arco-íris da graça e da benevolência divina.

Ainda que possamos pensar na possibilidade de um novo século, marcadamente espiritual, não podemos deixar de considerar que a enfermagem é uma profissão cuja religião ocupa um lugar, se não privilegiado, de destaque na sua história. Essa herança religiosa, sob a égide do pensamento cristão deu ao cuidado de enfermagem um caráter de caridade adotado pela Igreja. Não obstante, como salientado por Padilha (1998), a chegada das irmãs de caridade da congregação de São Vicente de Paula, em 1852, imprimiu uma marca na prática de enfermagem que se perpetua até hoje.

Nem mesmo a enfermagem moderna, liderada por Florence Nightingale passou imune aos pressupostos cristãos, como observa Santos (2002). Isso, porque, admitia-se que o ser humano não estará sendo cuidado em sua plenitude, caso o evangelho seja, por alguma razão, banido da prática de enfermagem. Constata-se o quanto a impregnação dessa cultura judaico-cristã torna difícil para nós profissionais de enfermagem pensarmos na espiritualidade, dissociado da religião e da religiosidade humana.

Mesmo não fazendo as devidas distinções entre os termos religião e espiritualidade, alguns autores e teóricos da enfermagem as considera como um pressuposto catequético que permeia a trajetória da enfermagem ao longo dos anos. Esse pressuposto parece ter servido de referência para Watson ao propor a teoria do cuidado transpessoal (ARAUJO, COIER e NOBREGA, 2005).

Para Watson, a força interna do ser, sua força espiritual, é capaz de transformar, de curar, razão pela qual, segundo a autora, aqueles que cuidam, deverão, inicialmente,

antes de tudo, reconhecer primeiro essa força ou esse potencial, dentro de si mesmo, o que, para nós não é uma tarefa simples, porque, muito pouco ou quase nada, durante os cursos de formação, ouvimos falar sobre essa força, sobre espiritualidade. O que carregamos conosco são os dogmas e os preceitos religiosos que acumulamos e aprendemos a partir da religião de cada um de nós. Assim, como parece ter ficado evidente nas falas dos sujeitos desse estudo, somente nos preocupamos com a espiritualidade, ainda que esse entendimento se confunda com a idéia de religião, quando precisamos prestar cuidados a doentes em situações limítrofes, quer seja em processo de morte, quer seja quando esses recebem notícias ruins, como sobre o diagnóstico de uma doença fatal, como o cancer, por exemplo.

Não conseguimos pensar na espiritualidade como uma dimensão humana que precisa ser cuidada todos os dias, independentemente se o momento da pessoa é bom ou ruim, ou se ela está doente ou não. Quando questionamos sobre os momentos em que os profissionais mais precisam considerar a espiritualidade nas ações do cuidar, obtivemos como resposta:

Eu acho que sempre, mas principalmente é, no momento de que a família recebe um diagnóstico difícil, de uma doença que não tem cura, de uma doença crônica, no momento que ela recebe a notícia de que a criança não tem mais possibilidade de cura e no momento da eminência de morte e na morte propriamente dita. Acho que esses momentos são fundamentais. Porque na alegria, né? É, mas no momento de dor é o que deixa a pessoa em pé, eu acho. (A gente só lembra nesse momento, né?) (Enf. Chile)

Acho que quando os doentes estão em situação, assim, é, quando eles estão mais frágeis, né, e percebe isso, não só, é, enfermaria a gente percebe muito isso também, mas em terapia intensiva você vê que é ali quando ele consegue falar com você, ele precisa muito, ele precisa entender aquele muro que tá ao redor dele, precisa saber que, que ele tá, tá precisando de cuidado mais específicos, mas ele, ele se sente muito apavorado, então quando assim, um paciente demanda de cuidados mais específicos, ele necessita de uma maior olhada pra esse lado. (Enf. Brasil)

Acho que nos momentos de desespero, né!, assim, quando, aqui a gente vê muito, quanto tá a perda de, é, em relação à mãe, ou quando a gente perde um filho, né!, é, ou um neto, um sobrinho, e que é um momento mais difícil, que a pessoa se desespera, então assim, o quê que a gente tenta, é, logo puxar pra uma coisa que é uma situação universal, Deus, né! (Enf. Suriname)

Eu acho que nos momentos mais graves, né!, alguns dos pacientes recebem notícias ruins ou do cuidado da família também, né!, no comunicar com a família.

No cuidado da família, eu acho que tem que ser respeitado a espiritualidade de cada um. (Enf. Austrália)

É justamente nessa situação de você passar pro doente o problema dele, o que quê ele tem, eu acho que nessa hora você tem que agir com toda cautela, respeitando justamente isso. Tentando ver no quê que ele crer, pra você passar de uma maneira que ele aceite melhor, né, tanto que ele acha que de repente vá ter a melhora, ou se de repente o paciente ache que não, que não vai melhorar você tentar lidar, passar esse paciente com essa simplicidade, com essa, usar essa espiritualidade pra isso. (Aux. Guatemala)

Ah, eu acho que na hora da morte assim com, não com o paciente assim, mas com o familiar que chega, eu acho que na hora da morte é muito difícil, você lidar com o familiar desse doente. (Enf. Estados Unidos)

Eu acho que assim, não tem momentos que sejam mais importantes. É claro que tem aquelas situações de, de limites, né, o paciente tá morrendo, o paciente que tá na, na iminência de fazer uma cirurgia, são essas situações que colocam o paciente que, que, que a gente vai morrer, todos sabemos, né? Mas ninguém, pois é, mas a gente não, não vive pensando nisso, né, a gente, a morte pra gente é uma possibilidade distante. Quando você adocece, é, algumas doenças, elas te colocam, né, de frente pra sua própria mortalidade, né, pra sua própria finitude. Então, é, é nesse momento que a gente fica, é claro, todo mundo fica: “meu Deus!”, né, mas assim: “Será que eu vou morrer?”, “Se eu vou morrer, será que tem céu? Será que não tem? Será que eu vou pro céu? Será que foi que eu fiz”, né? Enfim, aí a gente fica, eu acho que graças a Deus, eu nunca me deparei com, eu, né, de vivenciar na, na minha vida, situação de morte. Mas, assim, aliás eu até me lembrei, vocês vão rir porque é óbvio que todos vão dizer, mas eu, uma vez, eu fui num parque de diversões e eu nunca tinha andado de montanha russa. Porque eu sempre tive medo. Mas aí, é aquela coisa que, às vezes você, você resolve assim, não, eu vou, peraí, vou... (Enf. Uruguai)

A finitude parece mesmo ser um momento no qual esses profissionais mais se preocupam com a espiritualidade de seus clientes, assim como nos momentos difíceis pelos quais atravessam o doente e família. Nessa perspectiva, Machado (2002), ao relatar sua experiência de quase morte, coloca a espiritualidade como uma dimensão do ser humano, ressaltando que não faz sentido cuidar de doentes em situações limítrofes em processo de morte, ou quase morte, caso o profissional não tenha despertado nele mesmo a sua própria espiritualidade.

Em algumas falas podemos constatar a preocupação dos profissionais de enfermagem nesse sentido, quando questionado sobre em que momentos da assistência pensam na espiritualidade dos doentes:

... A gente também tem que ter respeito com a nossa religiosidade, apesar da gente não ter necessidade de tá demonstrando ela o tempo todo, mas eu acho que o tempo todo do cuidado, a gente tem que tá fazendo isso. (Enf. Japão)

Acho que em todos os momentos. Todos os momentos a gente tem, assim, né, no meu ponto de vista todos os momentos você tem que ter um pouco de espiritualidade, um pouco de dignidade pra poder prestar o cuidado. (Enf. Itália)

Quando eu vejo que eles mesmos exercitam, é, né, de, de parar e pensar um pouco na questão da fé. Porque às vezes eles cuidam dos pacientes, e às vezes eles possam mesmo, não acreditam na, na, na, numa força divina, às vezes tão estressados, tão cansados do trabalho, às vezes o cara que trabalha muito atormentado, eu vejo eles um pouco, é, atormentados, né? É, queixando do trabalho dia-a-dia, queixando de situações familiares próprias, então vejo às vezes que, logo a equipe, alguns, né, alguns membros também têm que parar e pensar e raciocinar e acreditar, né, na fé, e no caso, numa força que pode tá ajudando ele no dia-a-dia a realizar o trabalho, é, bem feito, né? (Enf. Indonésia)

Salgado (2007), comungando com as idéias de Machado (2002), ao estudar o desconforto dos enfermeiros em abordar o tema espiritualidade humana, tem como premissa que, para se ter uma visão integral do ser humano, é preciso que se admita a existência da alma ou do espírito e o poder que essas dimensões exerce sobre o organismo.

Como se não bastasse a influência judaico-cristã corroborando para que se torne difícil entre os enfermeiros pensar a espiritualidade dissociada da religião, a dualidade entre ciência e o senso comum ou entre a ciência e a metafísica, acentuam mais ainda esse entendimento, impedindo que a espiritualidade possa ser entendida como algo que nos torna irmãos de todas as criaturas e nos faz parte integrante e inseparável do Universo, nos fazendo acreditar em uma íntima relação entre saúde e espiritualidade.

Nessa perspectiva, não seria coerente pensarmos na espiritualidade como dimensão humana, apenas nos momentos de dor, perda, sofrimento, doença e morte. Quando pensamos assim, deixamos de considerar o aspecto espiritual da saúde, que para Lowen (1990), refere-se a um sentimento de vitalidade e prazer com o próprio corpo, algo que às vezes aumenta de intensidade até adquirir as feições de uma sensação de júbilo. Assim, as sensações de vitalidade e prazer nos aproximam dos outros, enquanto que as sensações de dor nos afastam dos outros.

Talvez quando acreditamos que os doentes que atravessam momentos de dor, seja pela sensação de angústia, sofrimento ou a própria dor física e o medo da morte,

são aqueles com os quais mais precisamos nos preocupar com o da dimensão espiritual, mesmo considerando tal dimensão.

A explicação para essa atitude profissional, ainda que inconscientemente, talvez tenha a ver com o aspecto espiritual da saúde. Assim, se aceitarmos a idéia de que os seres humanos são criaturas cuja dimensão espiritual faz-se presente em sua essência humana, seria no mínimo razoável admitirmos que a saúde está sim relacionada com a espiritualidade, e que portanto, precisamos nos preocupar com ela, inclusive, com a nossa própria espiritualidade, também, antes mesmo de pensarmos em cuidar da espiritualidade de nossos clientes.

Cabe ressaltar mais uma vez que se acreditamos nessa dimensão espiritual e no aspecto espiritual da saúde, não devemos nos preocupar com a nossa espiritualidade e de nossos clientes, apenas nos momentos de dor e sofrimento. Precisamos pensar a todo instante nessa dimensão humana, considerando o impacto do aspecto espiritual no processo saúde-doença, sob pena de adoecermos, no corpo e no espírito.

Ao pensarmos na espiritualidade como algo que transcende a religião e seus dogmas e possamos concebê-la como algo que deriva do senso de união como uma força de ordem superior, devemos, antes de tudo, pensarmos a espiritualidade em termos de energia. Entretanto, se para nós, pensar em espiritualidade humana, ainda que associada a idéia de religião, e colocar isso nas nossas ações de cuidar, já é algo complicado, pensar em espiritualidade em termos de energia, parecer ser mais desafiador ainda, sobretudo nos países do ocidente.

No oriente, o pensamento religioso ou espiritual, caracteriza-se por associar o espírito e a espiritualidade humana a uma perspectiva energética do corpo, (LOWER, 1990).

Segundo Yesuadian e Haich (1953), autores de *Yoga and Health*, nosso corpo é percorrido por correntes positivas e negativas que se entrecruzam; quando essas correntes estão em completo equilíbrio, gozamos de perfeita saúde.

No pensamento chinês a saúde depende também de um equilíbrio apropriado entre energias opostas, entre o *yin* e o *yang*, representam a energia da terra e do céu; enquanto na acupuntura reconhece-se a existência de canais definidos através dos quais

essas energias fluem. Desse modo, aplicando-se pressão ou introduzindo agulhas em determinados pontos, o fluxo de energia do corpo pode ser direcionada para curar a doença ou promover a saúde, (Lower, 1990).

Diferentemente dos povos do oriente, nós, ocidentais, somente conseguimos pensar em energia em termos mecanicistas e mensuráveis, o que corrobora para a dificuldade de se pensar em espiritualidade como algo subjetivo e abstrato, na perspectiva energética, visto que a energia é algo do domínio da física clássica, portanto, mensurável.

Entretanto, com a contribuição da física quântica, uma nova perspectiva parece emergir em termos de mudança de paradigmas, inclusive entre profissionais de enfermagem, que pela abertura da própria academia, já se permitiu discutir os aspectos relacionados à dimensão espiritual, a partir dos princípios da física quântica e da psicologia transpessoal, dando a essas pesquisas, um caráter científico, inclusive mensurável.

Muito embora a física quântica, com essa idéia de movimento por meio de função de onda, interpretada como uma medida de probabilidade tenha trazido enormes contribuições para se reforçar a concepção de espiritualidade na perspectiva energética, é na psicologia transpessoal que a enfermagem tem se apoiado para descrever alguns fenômenos inerentes a sua prática profissional.

A psicologia transpessoal pode ser entendida como sendo uma área da psicologia que trata especificamente do estudo da consciência humana, derrubando a aparente fronteira entre o “eu” e o mundo exterior, em que desaparece aquilo que chamamos de pessoa emergindo uma vivência que está além, daí a designação “transpessoal”, (Weil, 1990). Ao derrubar essa fronteira entre o eu e o mundo exterior pela consciência humana, permite-nos vivenciar diferentes estados de consciência possíveis, que de acordo com os diferentes momentos da humanidade e suas respectivas culturas, foram denominadas como experiências místicas, estado de Buda, nirvana, experiência transcendental, êxtase, realização suprema...

Weil (1990), chama de experiência holística o resultado da abordagem holística do real, particularmente, da *holopraxis*. Em outras palavras, consiste em ultrapassar toda

dualidade mediante uma vivência holística que integra e é capaz de transcender a dualidade entre, pessoal e transpessoal, e entre o mundo relativo e o absoluto.

O entendimento de Weil (1990), acerca do termo experiência holística nos faz pensar o quanto tudo isso tem a ver com a espiritualidade da perspectiva energética e o quanto tudo isso se relaciona ao mesmo tempo com o todo e com a parte, exigindo de nós que estejamos irresistivelmente abertos a toda criatura, num estado de profundo amor equânime e incondicional, sobretudo, quando cuidamos de outras criaturas.

Para o autor, existem 5 diferentes níveis energéticos, entre os quais, o espiritual. Na sua concepção, é nesse nível que temos a energia em sua forma pura, como potencial das formas ou níveis que o antecedem (físico, biológico e psicológico), dos quais se constituem numa transformação. Para Weil (1990), esse nível de energia pode-se supor, é a “luz clara” da experiência transpessoal, o que no nosso entendimento, reforça a necessidade de pensarmos na dimensão espiritual do ser humano, independentemente do momento da vida que ele se encontra, sem contudo, separá-la das demais dimensões que compõe o ser humano.

Precisamos crer que a sobrevivência do ser humano e do planeta que vivemos depende de uma visão holística, apoiando-se nas mais recentes descobertas e conhecimentos da física quântica e da psicologia transpessoal, conforme um dos mais importantes substratos de uma nova visão científica, capaz de superar a fragmentação da unidade corpo-mente-espírito.

Crema (2002), cunhou há mais de uma década expressão sintetista para descrever o agente de uma consciência de conexão capaz de estabelecer pontes entre fronteiras criadas pela mente analítica. Para o autor, trata-se de um ser dotado de inteligência de circulação, de separação integrativa, de comunhão.

Diferentemente da mente analítica, que pensa apenas na parte, a sintetista expressa a inteligência do todo, apoiando-se nas funções de sentimento-coração e intuição, em uma dinâmica de um estado ampliado de consciência, subjetiva e onírica, (CREMA, 2002).

Com relação ao estado ampliado de consciência, chamado realidade onírica, Crema (2002) destaca o quanto essa realidade onírica tem sido desqualificada e relegada

a um ostracismo de consciência e salienta que existe uma equivalência entre o estado de vigília e o onírico, enquanto o estado de vigília é uma função da dinâmica do pensamento analítico, o onírico é uma função da dinâmica do pensamento sintetista.

Não somente na enfermagem, mas durante a nossa vida pessoal e familiar, vivemos um terço nos relacionando com pessoas que não escolhemos, de diversas personalidades, crenças e valores e em diferentes fases do desenvolvimento humano e de ciclo de vida, também. Por outro lado também passamos grande parte do dia em sonho. Quando Sartre introduz o tema dos sonhos em *O imaginário*, o argumento que ele quer responder é que nos sonhos existe algo correlato àquilo que chamamos mundo, ou seja, há uma temporalidade, espacialidade e aproximações aos objetos, tais como acontecem no mundo real. Assim, poder-se-ia afirmar que o sonho se trata de uma percepção, ou seja, é relativo a um mundo real?

Podemos afirmar que o sonho não é percebido como objeto real, mas é produto da consciência imaginante, que em sua atitude de negação do mundo real cria um mundo irreal com um enredo, uma espacialidade e temporalidade próprias, análoga ao mundo real. A consciência não ética crê na realidade do sonho, produto da consciência imaginante, mas por sua atitude mesma de ser irrefletida, ela não assimila essa crença como crença, ou seja, não duvida da realidade apresentada. Isso é diferente da percepção, segundo Sartre (1996, p. 215): Afirmar “Eu percebo” é negar que estou sonhando ou, se quisermos, é uma motivação suficiente e necessária para que eu afirme que não estou sonhando. Mas, se o sonho afirmasse que é percepção da mesma maneira e com a mesma certeza da percepção, o julgamento “Eu percebo” seria apenas provável, e deveríamos, mais uma vez, apoiá-lo na comparação dos objetos percebidos entre si, sobre a coesão das cenas vistas, sua verossimilhança etc.

Por outro lado Kardec (1996) afirma que o sonho é uma visão atual das coisas presentes, ou ausentes; uma visão retrospectiva do passado e, em alguns casos excepcionais, um pressentimento do futuro. Também muitas vezes são quadros alegóricos que os Espíritos nos põem sob as vistas, para dar-nos úteis avisos e salutares conselhos.

A enfermagem contemporânea tem procurado romper com os limites e barreiras impostas pelo modelo cartesiano e assim, tem conseguido ampliar sua concepção acerca

do ser humano, a partir de uma perspectiva transpessoal que considera a dimensão espiritual, os diferentes níveis de consciência, incluindo a onírica e a noção energética do corpo, a partir de uma base científica de conhecimentos, geralmente, transdisciplinares.

Essa nova concepção de enfermagem que pensa o cuidado para além do corpo físico deixa claro que o homem possui um potencial que pode ser ampliado na direção de um entendimento acerca das múltiplas maneiras de ser, saber e fazer conectadas entre si e jamais desarticuladas, como parte integrante de um todo.

Acreditamos que seja exatamente a partir dessa nova concepção que o cuidado de enfermagem ganha dimensões próprias, traduzindo-se em um saber-fazer cuja finalidade é o atendimento integral às necessidades da pessoa humana abrindo espaço para que possamos pensar na dimensão espiritual.

Isso implica, obrigatoriamente, pensar não somente no corpo, mas na mente e no espírito, independentemente do momento ou situação que vivemos, a fim de que possamos promover em nós e em nossos clientes, um estado de bem-estar psicossomático, social, ambiental e cósmico (saúde).

Muito embora não tivéssemos conseguido nesse estudo encontrar evidências nas falas dos profissionais de enfermagem que nesse processo de mudança de concepção se encontra em curso, acreditamos que o momento nunca foi tão oportuno para que essa mudança possa acontecer, isso porque, hodiernamente, nós profissionais de enfermagem temos demonstrado maior abertura para essa mudança de pensamento, isso sim parece estar evidente nas falas desses profissionais quando foram estimulados a falar sobre o que é espiritualidade. Mesmo confundindo com religião ou religiosidade, a idéia de algo que nos faz estar conectados ao Universo emerge nas falas deles, como se pode ver nos fragmentos das falas abaixo descritas:

Espiritualidade? Eu acho que é, é uma, é uma coisa meio subjetivo de falar, né, mas assim, é uma, é a crença de cada um, é o que move cada um, entendeu? É, independente da religião ou não, é o que cada um tem dentro de si e acredita e, sei lá, e é o que move você a viver. Eu penso assim. (Enf. Rep. Dominicana)

É, espiritualidade pra mim, é, eu acho que é uma credibilidade, em, pode tá relacionado a religião, acho que é um conceito muito amplo, né, é fé em alguma coisa, em alguma religião, que aí seria uma coisa mais palpável, pode tá

relacionado à personalidade de cada um, é, fé também depende, é, de acreditar, pode ser em uma religião, pode ser em outras coisas (Entendi.), acho que é um conceito muito amplo, é difícil definir. (Enf. Suriname)

Espiritualidade prá mim é a forma que a gente, é, interage com o mundo mesmo, né, a forma que a gente se apresenta ao mundo de alguma forma. (Aux. Austrália)

Espiritualidade? Espiritualidade é essa fé que a gente tem, é, como é que eu vou tentar, descrever isso? É a fé o que você crê, você crê em alguma coisa, você ter alguma coisa, é, que você coloque ali a tua gana de viver, né, desejo de querer melhorar. Eu acho que é isso. (Aux. Guatemala)

Espiritualidade é uma coisa assim, bem difícil de responder porque que cada uma tem uma idéia e uma maneira de ver, né. Mas acredito que a espiritualidade, ela pode ser uma crença, uma crença em alguma coisa, não necessariamente em Deus, que te faz ter fé e te motiva pra vida. (Enf. Itália)

Espiritualidade, espiritualidade acho que tá empregado em relação a você ter, é, é, uma, um pensamento de fé, de, de otimismo em relação à sua, à sua religião, como em relação à expectativa de que o mundo pode crescer, entendeu? Em relação ao quê? Ao bem estar, físico, mental, social, a convivência e você através de uma fé, a pessoa tem, ela tá otimizada pra enfrentar seus problemas, enfrentar as dificuldades, e em caso da nossa área você enfrentar em relação às doenças, né, que o paciente pode ter, e a partir disso você fica mais, no caso assim, está mais preparado pra enfrentar esses tipos de situações. (Enf. Indonésia)

Ao pensarmos na espiritualidade como algo que transcende a matéria, e que poderá afetá-la, abrimos caminho para ver o cuidado a partir de uma visão metafísica sobre o ser humano, sua existência, sua natureza, fazendo-nos progredir a níveis cada vez mais altos de consciência e encontrar a harmonia.

Segundo Trovo et al (2003) a preocupação com o processo saúde-doença e sua relação como o espírito (alma) não é um fato recente. Hipócrates, na antiga Grécia, muito antes da era cristã, já definia saúde como o estado de harmonia do homem com a natureza, incluindo ainda, o equilíbrio entre os diferentes componentes do organismo com o meio ambiente, reiterando a idéia de que, saúde e doença dependem da perfeita integração mente/corpo/meio-ambiente e a enfermagem e seus profissionais não podem estar à margem deste processo.

Nesse estudo, a espiritualidade foi associada também a idéia de fé e de crença em alguma coisa capaz de interferir no processo saúde-doença. Quando questionamos se a espiritualidade é um aspecto importante que precisa ser considerado durante a prestação do cuidado de enfermagem, os participantes foram unânimes em reconhecer que sim.

Entretanto, mais uma vez, a religião é citada para justificar o porquê da espiritualidade como aspecto importante a ser considerado na assistência de enfermagem. Não obstante, o que muda em relação ao que esses profissionais pensam acerca da espiritualidade, ou que eles entendam como tal, é que a crença e a fé surgem como justificativa para se pensar na espiritualidade na assistência de enfermagem, como podemos constatar nas falas abaixo:

Sim, porque eu acho que a gente tem que, é, não pode interferir nisso, né, se o paciente tiver uma religião, é, e a gente tá falando nesse aspecto, eu acho que a gente tem que ter cuidado pra não, é, agredir de alguma forma, com alguma colocação e nem tentar interferir a nossa religião com a religião, é, em relação ao doente, influenciar, vamos dizer assim, né? Então a gente tem que respeitar a religião dele, né, é, ao realizar os cuidados, né, então se ele tem algum, como é que a gente pode falar, é, alguma crença, né, relacionada, é, à religião, a gente tem que respeitar isso, né, é, (Respeitar os limites do paciente...) tá nos limites do paciente, respeitar esses limites relacionado à crença ou alguma religião. (Enf. Suriname)

Eu acho, principalmente se o paciente está internado e se vai ficar com a gente, por um tempo aí, por um período grande. O que fica pouco tempo, às vezes a gente nem chega a interagir nesse aspecto não, mas aquele que fica com a gente na fase pré-operatória, aí depois ele, ele marca a cirurgia, vai pro Centro Cirúrgico, pro pós, volta pra gente, voltou com algum tipo de, algum motivo que vai fazer ele ficar um pouco mais, uma ferida infectada, alguma coisa que deixe ele ficar aqui por mais tempo, esse sim, a parte espiritual afeta, inclusive a gente já teve paciente que solicitou o amparo espiritual, o psicológico, e a gente viu que ele melhorou, e aquele que as vezes, é, a gente por algum motivo não conseguiu dar esse suporte, até demorou um pouco mais a melhorar, né, da condição clínica dele. (Enf. Canadá)

Sim, completamente. Porque, é aquilo que eu falei, se o paciente estiver, não aceitar o cuidado que eu esteja, que eu queira interferir ou fazer com ele, por exemplo: montar o banho no leito, paciente acordou, não tá num bom dia, não dormiu direito a noite, seja por algum procedimento que tenha feito com ele a noite, no dia anterior, ele esteja sentindo dor, e naquele momento ele não quer tomar um banho no leito, uma simples consideração, se ele não quiser, se estiver triste pra isso, eu tenho que aguardar o momento certo, eu não tenho que obrigá-lo a fazer. Então eu vejo a espiritualidade desta forma, de você entender o quê o mundo e o momento que o paciente tá vivendo. (Enf. França)

Acho que sim, acho que sim, é. A religião traz muito conforto pro paciente. E a gente respeitar, né, qualquer que seja a religião dele, e estimular que ele, é, se agarre nessa religião, porque isso melhora o quadro. (Aux. Austrália)

Acho... Eu acredito que a espiritualidade, ela é muito importante, por aquilo ajudar aquela pessoa acreditar, né? Muitas vezes nós vemos casos assim depressivos que podem até se reverter se a pessoa conseguir se apegar em

alguma coisa, eu acho que todo ser humano, ele precisa acreditar em alguma coisa, nem que seja num animal, né, independente da cultura, da raça, né, ele precisa acreditar em alguma coisa porque aquilo, eu acho que estimula de alguma forma o cérebro do indivíduo, né, a tá melhorando, a tá progredindo. (Aux. Rússia)

Bem, eu, eu acho que precisa ser respeitado, ter conhecimento se, se o paciente tem, segue alguma religião, e respeitar, né, independente da minha, tem que ser imparcial, né, de se for de acordo com a minha, a gente conversar, trocar conhecimento. (Aux. Espanha)

É muito importante. Fundamental depende do momento, como eu falei, né? Mas ele é muito importante. Por quê? Porque ele define a posição que o paciente vai tomar, de vitória ou de derrota pra se submeter a um procedimento cirúrgico que é o meu caso aqui. Então, é, eu acredito que os pacientes que vão acreditando numa, em sua religião, num ser superior e acreditando que aquele procedimento vai se suceder positivamente, com sucesso, eu acredito que ele tenham uma recuperação melhor, que eles tenham, é, um desenvolvimento melhor, que eles, eles vão ser encaminhados pra cirurgia, eles mesmos, mais confiantes porque têm a fé. Então é importantíssimo você considerar, respeitar e deixá-lo vivenciar a fé dele dentro da internação dele. (Enf. Nepal)

Por quê? Porque é vital você querer acreditar em alguma coisa. Você precisa acreditar em alguma coisa, porque se você não acredita em nada, não acredita que existe uma força maior, de quê que vale? Não vale nada, você virou uma sem, sem vida, e a gente promove a vida, né, a gente promove o bem estar, né, a vida quem promove é Deus, mas nós promovemos o bem estar. (Aux. China)

Porque se você tem uma relação, como falei, se você tem uma fé ou se você tem um pensamento de poder acreditar, né, que existe uma força, existe um, vamos assim dizer, uma força além daquele que realmente, que me faz mudar no dia-a-dia, entendeu? Você pode acreditar que aquele paciente, a partir do momento que ele tem, não só a parte, é, é, da patologia em si, mas você pode pensar também que uma força, uma força espírita pode, né, é, é, otimizar a vontade do paciente, de acreditar que ele pode sair bem de uma cirurgia, de ele tá se recuperando no dia-a-dia, e também principalmente da assistente, a gente acredita que, que com, através da espiritualidade, da fé, a gente possa conseguir também passar pro paciente uma tranqüilidade, entendeu? Uma força pra que ele possa recuperar a sua condição, né, de doente. (Enf. Indonésia)

. Acho, acho sim. Acho que espiri.., como acho que espiritualidade tá muito envolvida como um coisa, com uma questão de estado, né, é como eu falei, as necessidades afetadas. Então eu acho que sem dúvida a espiritualidade deve ser abordada. O que eu considero assim, difícil, é como abordá-la, né, depende muito da religião de cada paciente, é, e de como cada paciente se sente e encara a sua doença. (Enf. Inglaterra).

De um modo bastante amplo, a espiritualidade pode ser entendida como o sopro da vida, algo que nos guia e que nos faz lutar pela vida transcendendo com coragem, fé e esperança, (HUDAK e GALLO, 1997). Jung (1991), coloca que a busca pela

transcendência é o que move o ser humano em direção ao todo, denominado por ele como *self*. Para Jung o *self* deve ser entendido como a integralidade do ser com o Universo e o desenvolvimento da espiritualidade é o caminho desta busca e que durará toda vida de um indivíduo.

A fé, a crença e a esperança parecem ser a força motriz ou a energia que faz com que o ser humano se mova em direção ao entendimento da vida, buscando o significado para sua própria existência.

Vários tem sido os estudos que abordam a fé como força capaz de curar e ou confortar. Bouso (2010), ao estudar a relação entre as experiências de familiares de crianças que vivenciaram uma doença grave com a sua religião, e suas histórias de vida, constatou nas narrativas a importância da fé como força motriz da espiritualidade humana encorajando e dando otimismo ao cliente e a família para enfrentar a doença.

Lucchetti (2010), ao estudar a espiritualidade no paciente em diálise pode constatar, entre outras coisas, que entre os doentes mais espiritualizados e mais religiosos, portanto, entre aqueles que têm fé e acreditam em alguma coisa, foi observada uma melhor qualidade de vida, menor prevalência de depressão, maior suporte social, mais satisfação com a vida e com o tratamento médico.

Paiva (2007), salienta que um dos enfrentamentos possíveis das doenças físicas ou mentais, ao lado do profano ou secular, é o enfrentamento religioso que se utiliza do recurso da ordem religioso, entre os quais, a fé, para lidar com a doença.

Nessa perspectiva, quando conscientes ou inconscientemente os profissionais de enfermagem justificam a importância de se pensar na espiritualidade de seus clientes quando cuidam, a partir de suas preocupações com a fé, a crença, eles parecem encontrar respaldo na ciência para tal argumentação.

Ainda com relação entre a fé e a crença como espiritualidade e a espiritualidade como religião, Aquino (2007), ao estudar a influência da religião e da espiritualidade na sobrevivência de pacientes oncológicos laringectomizados, constatou que tanto a religião quanto a espiritualidade foram utilizadas pelo grupo pesquisado, como meios através dos quais esses doentes poderiam negociar a sua sobrevivência. Nesse sentido, fica evidente que a crença e a fé são utilizados pelos doentes como meio para

manterem-se no fluxo da vida, o que precisa ser considerado pelos profissionais de enfermagem.

Em pesquisa realizada por Teixeira (2003), constatou-se que os profissionais de enfermagem que cuidavam de doentes idosos portadores de doenças crônicas, que esses profissionais reconhecem a fé enquanto recurso de enfrentamento dos desafios da vida de seus doentes.

Gostaríamos de encerrar por aqui a análise e discussão dessa categoria, embora saibamos que muito ainda teríamos para discutir, reafirmando que entendemos a espiritualidade humana como capaz de transformar e moldar a personalidade e a visão de mundo de cada pessoa, expressando dessa forma, sua identidade e propósito no Planeta, sua história, experiências e aspirações e que, portanto, precisa ser cuidada e considerada em todos os momentos de nossa existência.

3ª. Categoria de Análise

O cuidado com a dimensão espiritual no controverso discurso de desumanização

Como vimos, ao analisarmos a categoria anterior, conceituar a espiritualidade parece ser uma tarefa muito complexa para nós profissionais de enfermagem. Talvez, pelo fato de envolver diferentes significados individuais e coletivos, além de propósitos e valores humanos, entre os quais, compaixão, amor, entre outros. Entretanto, conceituar o que é humanização, não tem sido diferente.

Em parte, parece que a idéia de espiritualidade se confunde com a de humanização, pelo menos nos discursos dos profissionais de enfermagem encontrados nesse estudo. O fato de a espiritualidade estar relacionada aos nossos atos, a coerência entre nossas ações e pensamentos, a compaixão pelo ser humano e conseqüentemente, ao cuidar do outro, é provável que possa contribuir para tal confusão entre os termos.

Nesse estudo, muito embora a idéia de humanização possa se confundir com a espiritualidade, um número expressivo de profissionais (43%) disseram que deixar de pensar na espiritualidade durante a assistência de enfermagem é um descuido, e não desumanização. Apenas menos de 5% disseram que deixar de pensar na espiritualidade é desumanização, como podemos constatar no gráfico abaixo.



Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos segundo a Idéia de humanização

Isso parece reforçar o nosso entendimento de que o discurso de desumanização encontra-se de fato, entre os profissionais de enfermagem, permeado por inúmeras controvérsias, como podemos constatar nas falas abaixo. Quando questionados se deixar de considerar a espiritualidade durante a prestação de cuidados de enfermagem era um exemplo de descuidado ou desumanização, vejamos o que foi respondido:

... Eu acho que um cuidado humanizado não está diretamente relacionado a um cuidado espiritualizado, entendeu? E acho que você respeitar a crença da outra pessoa é fundamental, e se você não tem crença alguma, não quer dizer que você não vai ter um cuidado humanizado. Eu acho que é importante, mas que você pode ter um cuidado humanizado sem ter uma espiritualidade pensando, é, como espiritualidade o contrário de materialismo. Você pode não acreditar em nada e cuidar muito bem da pessoa. (Enf. Chile)

Não, o tratar bem, é, é... (Independente?) é independente, deve ser dado a todos igualmente, a espiritualidade. Não acredito que seja desumanização não. (Aux. Argentina)

É sim, acho que foge até mesmo a (Essência?) essência da enfermagem, porque a enfermagem ensina a arte do cuidar e o cuidar é uma coisa humana, e se você não considera a espiritualidade do paciente como eu disse que eu acho que é, é o olhar além dele, é o considerar ele como um ser, que tem sentimentos e tudo mais,

se você não, se você deixa de considerar esse lado, você tá descuidando da pessoa ou mesmo sendo desumano com ela. (Enf. Brasil)

É, eu acho que é um pouco, não acho que seja descuidado não, porque eu acho que muitas vezes você desconsidera a espiritualidade do paciente, porque você não tá com a sua espiritualidade boa, entendeu, você não faz intencional (Tem dia que você pode não estar num dia bom) Exatamente. Mas eu acho que é um pouco de desumanização, assim, também, não que seja intencional, mas, não é uma visão humanizada, não é um cuidado humanizado, aonde você tem a visão do paciente como um todo, entendeu? (Enf. Rep. Dominicana)

Eu acho assim, que, quando você deixa de prestar, sabendo que a pessoa precisa, aí eu consideraria como uma desumanização. Você tá vendo que ele precisa, você tá vendo a angústia dele na sua frente, ele verbaliza pra você que as coisas em casa não estão bem, que a pessoa tá preocupada se vai sair ou não da cirurgia, aquela pessoa que chora, aquela pessoa que o plantão da noite diz que não tá dormindo, às vezes toma até comprimido de Diazepan, 10 miligramas, mas também não consegue dormir, então se você tá visualizando isso, se está sendo passado isso pra você, e você não toma providência, eu acho que sim, que é um caso de descompromisso, né, com a profissão, um ato desumano. Agora assim, realmente não é uma coisa que, que é o primeiro foco da gente, pelo menos aqui, quando se recebe o paciente, não é. Mas a partir do momento que esse fator é identificado, aí a gente toma providências sim. (Enf. Canadá)

É um descuidado sim, porque se cuidar é você prestar em como aquele paciente tá progredindo no dia-a-dia dele, se ele tá melhorando no dia, se você tá dando atenção pra ele, porque às vezes o paciente fica super triste de alguém chegou e fez um procedimento sem nem perguntar se ele tava bem ou não. Então essa atenção que você tem que dar a ele é um cuidado, se você não fazer isso, obviamente é um processo desumano total, você tem que saber se o paciente quer aquilo ou não. (Enf. França)

Não. Porque eu acho que, não necessariamente a questão da espiritualidade, eu acho que o que você dá pro Universo, ele te manda de volta. E isso não tem necessariamente a ver com Deus ou com a questão espiritual. Eu acho que é uma coisa de filosofia de vida mesmo. Então eu acho que a pessoa não necessariamente, a pessoa mais espiritualizada vai ser o melhor cuidador, enquanto o melhor cuidador pode até ser ateu. Eu acho que ele tem que, é, focar no trabalho dele, não necessariamente se isso é espiritual ou não. (Aux. Austrália)

Eu acho que não, eu acho que porque até mesmo pra você, lidar com isso (espiritualidade), você tem que ter isso, né, e nem sempre, a gente da área da saúde tem, ... então, você só vai dar aquilo que você tem, né, então você vai cuidar fisicamente do cliente, mas espiritualmente você não tem aquela bagagem, entendeu?... (Aux. Guatemala)

Acho que não. Ah, porque nem todo mundo é espiritualizado, né? Eu levo, eu levo a espiritualidade pra minha profissão, apesar de que não ter uma religião, né, mas eu acho que a pessoa pode, pode trabalhar sem ser, sem ter esse lado espiritualizado, eu acho que assim, não sei se entrei muito em contradição, mas eu acho que eu falei. (Enf. Estados Unidos)

Não, não acho que seja, é, nem descuidado, nem desumanização. Eu acho que a espiritualidade é uma coisa individual, então se eu sou ou não sou, se eu tenho ou não tenho, é, eu não vou deixar de prestar o meu cuidado, a minha assistência, independente disso, eu acho que cada um presta um brilhante cuidado independente de religião ou não. (Enf. Itália)

Fica evidente em cada uma dessas falas, tanto de enfermeiras quanto de auxiliares de enfermagem, que a idéia de desumanização, além de se confundir com a de espiritualidade, se confunde também com a de descuidado. Nessa perspectiva, entendemos que desumanização e descuidado são na verdade a mesma coisa, traduzem a mesma realidade e, portanto, tem a ver com a falta de cuidados por parte dos profissionais de enfermagem, inclusive, com a espiritualidade, mesmo ficando claro nas falas de alguns dos profissionais entrevistados, que é perfeitamente possível cuidarem do ser humano sem que obrigatoriamente se considere a questão da espiritualidade, sobretudo, a do próprio profissional, sem, contudo deixar de ser humano.

Muito embora o termo humanização venha sendo empregado amplamente há alguns anos entre os profissionais da área da saúde, sobretudo entre os profissionais de Enfermagem, que utilizam o termo como adjetivo para o cuidado de enfermagem, ainda podemos perceber que, quando questionados sobre o significado ou definição do termo humanizado, muitos encontram enormes dificuldades para dar respostas, talvez pela própria redundância entre esse termo e o cuidado de enfermagem.

Hiller (1973), trouxe à tona a questão da técnica articulada à idéia do humanismo, colocando em causa as questões ético-espirituais contidas na utilização da técnica como responsável pelo desenvolvimento do Ser Humano em sua totalidade existencial – a humanidade.

Para Silva (2006), as idéias de Hiller (1973), contribuíram para que a palavra humanismo, que diz respeito à dignidade humana, pudesse ser utilizada para designar, a partir do termo humanização, um movimento em busca da essência e da dignidade humana perdidas, sobretudo em função do avanço tecnológico na área da saúde.

Nesta perspectiva, a idéia de humanização está diretamente relacionada à valorização do ser humano em todos os seus aspectos, social, cultural, espiritual. Assim, o indivíduo passaria a ser considerado desumano, caso não valorizasse tais aspectos.

O termo cuidado desumano advém das discussões acerca da humanização da assistência em saúde, que ganhou foco e se tornou amplamente discutido desde os anos 70, a partir da crescente incorporação de máquinas e equipamentos no ambiente hospitalar, reflexo dos constantes avanços tecnológicos ocorridos na área de saúde, que desde então é tema presente nos debates sobre assistência em saúde.

Trata-se de um termo que supostamente muito parece se relacionar com a pouca importância dada à espiritualidade humana, aparentemente manifestada nas ações de cuidar em enfermagem.

Para Sá (2007), o distanciamento do enfermeiro do lado espiritual deve-se a maior importância dada por ele às tecnologias em detrimento da valorização da dignidade humana na assistência ao cliente, tem merecido reflexões nos eventos de enfermagem pela preocupação em resgatar a humanização do cuidado e do cuidar que sempre foi tão presente nos discursos de enfermeiros até meados do século XX, mas que acabou por esvaziar-se entre as décadas de 80.

Para o autor, espiritualidade e humanização são coisas tão intrinsecamente relacionadas que, do ano 2000 em diante, se pode perceber um crescente número de publicações e falas em eventos científicos acerca do tema espiritualidade associado à humanização, o que denota a relevância da aproximação entre as duas temáticas.

Sobre a idéia de desumanização especialmente em terapia intensiva, Silva (2006), em seu curso de doutorado, defendeu a Tese de que a desumanização limita-se apenas ao plano do discurso, e não na realidade do cotidiano da prática de cuidar de clientes críticos nessas unidades. Os sujeitos que participaram da pesquisa de Silva (2006) disseram que os cuidados que prestam aos clientes críticos são compatíveis com a condição humana e que, portanto, não havia nada de desumano nesses cuidados.

Analisando o discurso de desumanização na perspectiva ético-legal do cuidado de enfermagem, Silva et al (2009) destacam que diferentemente do termo desumanização, o termo descuidado, raramente utilizado para designar ações, atitudes e situações vivenciadas no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva que transgridem o cuidado de enfermagem, ainda é um termo para o qual os

profissionais de enfermagem ainda não atentaram. Para os autores, isso se deve ao fato do discurso de humanização ainda ser um, discurso hegemônico, sobretudo em unidades de terapia intensiva, onde os equipamentos e máquinas de suporte avançado de vida e monitorização, que dão sentido a essas unidades, ainda são para muitos, uma ameaça a condição humana.

Silva et al (2009) constataram em seus estudos que os profissionais de enfermagem apontam como principais situações capazes de levar a desumanização em unidades de terapia intensiva, condições que poderiam ser caracterizadas como falta de cuidado ou descuidado, inclusive, na Lei do Exercício profissional, tipificadas como infrações passíveis de representação por falta ético-legal junto ao Conselho desses Profissionais.

Muito embora sejam escassas as pesquisas que abordam a idéia de humanização e desumanização na perspectiva do descuidado, os estudos de Silva (2009) parecem reforçar nosso entendimento do quanto é controverso o discurso de desumanização, em particular, se associarmos a ele a questão de espiritualidade humana.

Ainda que tenhamos optado, por força e natureza das atividades da profissão de enfermagem, prestar serviços à humanidade compreendendo que o outro à sua frente necessita de cuidados integrais para o atendimento de suas necessidades humanas afetadas, isso não significa dizer que teremos que nos humanizar ou sermos mais humanos do que os outros, para que sejamos capazes de manter a dignidade do outro ao cuidar.

Isso parece ter ficado claro nas falas desses profissionais de enfermagem, quando dizem que:

“...eu acho que a pessoa não necessariamente, a pessoa mais espiritualizada vai ser o melhor cuidador, enquanto o melhor cuidador pode até ser ateu...”, (Aux. Austrália)

Assim, mesmo considerando que o discurso de desumanização tem se tornado nos dias atuais um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes significados segundo a proposta de intervenção/ação eleita pelos seus idealizadores, entendemos que esse momento urge para que esse discurso possa ser analisado sob diferentes perspectivas, principalmente a do descuidado.

Não é de hoje que temos visto que a intenção humanizadora de muitos serviços de assistência a saúde, tem se pautado apenas em proposições simplistas, tais como: melhorar a relação profissional cliente; organização de atividades de convívio social, lúdicas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança e do idoso; programar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto e amenizar as condições do atendimento aos pacientes (Silva, 2006), sem contudo trazer melhorias na qualidade da assistência de enfermagem.

Paralelamente, as propostas do Ministério da Saúde apontam para a necessidade de estimulação de criação de espaços permanentes de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões, além da solidariedade, como o caminho para a promoção da pessoa humana como valor fundamental no seio das práticas de saúde, independentemente de qualquer coisa.

Acreditamos que tenha sido possível, a partir da análise e discussão dessa categoria, reafirmar nossas convicções de que é possível cuidar independentemente de pensarmos ou não na espiritualidade humana de nossos clientes, sem, contudo invalidar o entendimento de que o cuidado é uma ação humana.

Não obstante devemos destacar que em nosso século e nos séculos vindouros, os profissionais de enfermagem deverão pensar em valorizar cada vez mais a espiritualidade em suas ações de cuidar, pois é na atitude e na reflexão diária que esses profissionais, uma vez um pouco mais espiritualizados, serão capazes de aprender sobre si mesmo e sobre o que é inerente ao humano, podendo cuidar para além do corpo.

Então, pensar na espiritualidade a partir da concepção energética do corpo, poderá ser o melhor caminho para que a tão chamada preocupação com a dimensão humana possa sair do discurso e se manifestar nas ações de cuidar. Do contrário, continuaremos a perpetuar um discurso que já se mostrou incapaz de resgatar a essência do cuidado humano, tendo em vista que tal discurso (o de humanização) não consegue, pelo menos nos dias atuais, sustentar em princípios que favoreçam a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, e do próprio sistema.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o momento em que decidi tratar como objeto de investigação e conseqüentemente, abordar cientificamente aquilo que me afligia – como pensa o profissional de enfermagem acerca da espiritualidade – alguns obstáculos quase me fizeram desistir. Mal conseguia me fazer ouvir, inclusive entre os colegas enfermeiros. Isso já deixava evidente para mim, o quanto seria difícil levar a termo uma investigação cujo debate fazia aflorar evidentes distorções e preconceitos.

De certa forma isso me motivou a insistir, não desistir, porém tive que deixar adormecido meu propósito por quatro anos, pois com tantos obstáculos, inclusive em encontrar um orientador cuja linha de pesquisa contemplasse o tema, não pude prosseguir. Após ter o projeto aprovado nesta Escola não pude conter a alegria de realizar um sonho – trazer para discussão o tema espiritualidade. Um tema que me fascina e me trás todo estímulo para não parar.

Nos dias de hoje, muito embora em uma era marcadamente tecnológica e com pouco espaço para se pensar a subjetividade, tenho tido a grata satisfação de constatar que a espiritualidade, sobretudo na assistência à saúde, tem sido objeto de estudo em diferentes áreas do saber. Na enfermagem, tal preocupação ainda é muito incipiente, embora já seja possível encontrar algumas pesquisas de enfermeiros tratando dessa temática.

O estudo da espiritualidade é uma questão epistemológica que possui muitos obstáculos. Um deles é o preconceito, outro é a suposição de que não possui bases científicas. Desse modo, tentamos trazer para discussão essa temática, procurando despertar nos profissionais de enfermagem quão relevante é o tema para a prática de cuidar, para o paciente, seus familiares e para nós; e o quanto isso poderá nos ajudar a reconhecer o quanto ainda necessitamos nos conhecer para conhecer os outros. Todas as necessidades daqueles que cuidamos são também as nossas. Como nossas necessidades não têm limites, as de nossos clientes, também não. Muito embora já tenhamos publicados trabalhos científicos abordando o tema, na área específica da enfermagem essa produção ainda é muito incipiente, carecendo dessa forma, de qualquer contribuição científica possível.

Mas as dificuldades encontradas antes mesmo de dar início a pesquisa ao ingressar no Programa de Mestrado, não se esgotaram nessa fase. O levantamento do

estado da arte que resultou na publicação de um artigo, também não foi fácil, considerando a escassez de artigos que tratavam especificamente da temática espiritualidade. Muitos artigos foram encontrados, porém, tratando a espiritualidade em uma perspectiva religiosa. Durante o período em que os dados foram produzidos, também encontramos algumas dificuldades. As entrevistas não foram conduzidas como pensamos. O Comitê Científico recomendou que as entrevistas não fossem conduzidas por mim, pois, a função que ocupava no momento em que as entrevistas aconteceram, poderia influenciar nas respostas dos profissionais entrevistados. Desse modo, contei com a colaboração de enfermeiros residentes que já haviam participado de pesquisas na condição de colaboradores, que se prontificaram a realizar as entrevistas. Muito embora esses residentes tivessem sido “treinados” previamente para a condução das entrevistas, algumas lacunas foram identificadas a partir das respostas dos sujeitos.

Inicialmente acreditávamos que o volume das entrevistas não daria conta de alcançar os objetivos propostos. Entretanto, depois de transcritas as entrevistas, mas principalmente após as considerações da Banca de defesa, foi possível perceber o quanto de dados havíamos produzido.

Nos discursos afloraram como são confundidas espiritualidade e religião, em que pese o fato de considerarmos a religião como sendo importantíssimo no entendimento de espiritualidade, mas não se encerra nela (a religião). A religião é uma escolha que fazemos para entender/encontrar Deus, espiritualidade é a necessidade que todos temos de entender e ser entendido pelo outro, seja ele quem for. Costumamos valorizar mais os aspectos objetivos e, no campo das necessidades humanas básicas mal conseguimos dar conta daquelas de ordem social. Ouvindo os discursos sentimos quanta dificuldade existe para falar sobre o tema, as respostas são truncadas, partidas, algumas vezes incompreensíveis. As pessoas mal conseguem exprimir o que pensam ou simplesmente nem pensam sobre o assunto. Essa mesma dificuldade tivemos também no momento da análise e discussão dos dados produzidos, o que nos fez refazer por duas vezes a análise e discussão dos resultados.

É importante ressaltar que se tivéssemos utilizado algum software próprio para tratar dados qualitativos, provavelmente constataríamos outra realidade nas falas dos sujeitos, isso porque, nos pareceu que os profissionais de enfermagem, muito embora estejam impregnados com a cultura judaico-cristã, parecem se dar conta de que a

espiritualidade vai muito além da religiosidade. No entanto, ao buscarmos os núcleos de sentido nas falas dos sujeitos, a religião aparentemente chama mais a atenção.

Outra dificuldade foi a definição de um referencial teórico que fosse capaz de dar conta dos dados produzidos, fora da perspectiva da religião. Considerando que a enfermagem está historicamente marcada por um discurso religioso, em determinados momentos acreditávamos que não conseguiríamos encontrar um referencial que nos permitisse caminhar por outros caminhos para a análise e discussão. Entretanto, a multireferencialidade nos possibilitou ampliar nosso referencial teórico e então nos foi possível analisar os dados produzidos a partir de diferentes perspectivas, entre as quais, aqueles que pensam a espiritualidade na perspectiva energética.

Ao recorrer à dimensão transpessoal aplicada à enfermagem vimos quão importante para o cliente e para o profissional de enfermagem é considerar conceitos que normalmente ignoramos ao assistir o paciente, conceitos esses que nos aproximam uns dos outros estreitando o elo do relacionamento. Um deles é o conceito energético do corpo que nos permite uma melhor compreensão acerca da espiritualidade. Aqui, o caminho para que possamos concretizar ações de cuidar para essa dimensão humana.

Não obstante, cuidar da espiritualidade, embora hoje esteja na ordem do dia, não é uma tarefa das mais fáceis para nós profissionais de enfermagem, que com muita dificuldade tentamos cuidar da nossa, mesmo a partir da perspectiva energética do corpo. Hoje, mais do que nunca, precisamos acreditar que o discurso de desumanização já ficou para trás. Trata-se de uma coisa ultrapassada. Precisamos olhar para frente e pensar que hoje a enfermagem, a exemplo do que já vem acontecendo com a medicina, caminhará, também, para uma nova fase, norteadada pelo paradigma do cuidado com o espírito.

No que se refere ao controverso discurso de desumanização, observa-se, sobretudo, no senso comum, embora não raramente se escute falar entre os colegas de profissão, que a desumanização tem se tornado nos dias atuais, um grande problema para a enfermagem. Somos do entendimento de que esse discurso, travestido de diferentes significados, muito pode ter a ver com a dificuldade que ainda temos de lidar com a nossa própria espiritualidade e principalmente, com as de nossos clientes, também segundo a proposta de intervenção/ação eleita pelos seus idealizadores.

Nessa perspectiva, a intenção humanizadora observada, nos serviços de assistência a saúde, se traduz em proposições, que a nosso ver, não conseguem resolver o verdadeiro problema, que corroborando com Silva (2006), parece mesmo estar relacionado com o descuidado. Aqui um novo constructo que se apresenta como opção ao termo desumanização.

Se em um passado teoricamente mais distante, nossa preocupação estava centrada no cuidado com o corpo e mais recentemente, com a mente, atualmente atravessamos um momento em que cuidar do espírito está realmente na ordem do dia, e nós profissionais de enfermagem precisamos tirar proveito disso.

Lucchese (2010), fala que o século XXI, de acordo com Michael Novak, em entrevista ao New York Times em 24/05/98, será o século mais religioso do que qualquer outro tenha sido. Será um século para se acreditar que o trio maléfico para a nossa saúde, é de fato a raiva, a inveja e vaidade, todos passíveis de tratamento e profilaxia a partir do momento que passarmos a cuidar mais e melhor de nossa espiritualidade e das de nossos clientes, também.

Acredito que os objetivos da pesquisa foram alcançados parcialmente, pois os discursos deixaram lacunas, o que não nos permite afirmar que as proposições da pesquisas são conclusivas. Entretanto, um objetivo que não está descrito diretamente na pesquisa e sim nas entrelinhas, e que nos satisfaz, é a oportunidade de trazer a baila o tema e despertar a atenção dos profissionais para um aspecto do cuidado até então, desprezado desde os bancos da escola. Fica a certeza de que há muito que caminhar sobre o assunto.

Temos defendido que as dificuldades que possuímos para cuidar de pessoas não se localizam somente na práxis da enfermagem, se estende a toda atividade que requer relacionamento, incluindo a relação familiar. Somos o que somos em qualquer lugar, momento ou circunstância.

Para finalizar, gostaria de deixar alguns questionamentos para reflexão:

A concepção de espiritualidade na perspectiva energética do corpo seria um desses caminhos?

Que caminho seguir para valorizar a espiritualidade no cuidado de enfermagem? Cuidaremos melhor à medida que nos tornamos pessoas melhores? Penso que ainda falta conhecimento e discussão sobre o tema espiritualidade entre professores e alunos,

razão pela qual ainda encontramos muitas deficiências em nossa formação, afinal, só podemos ensinar aquilo que sabemos e acreditamos.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo, Mestre Jou, 1982.
- ANDRADE, H. G. **Morte uma luz no fim do túnel**. S. Paulo, FE Editora, 1999: p. 5-6.
- AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F.. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 ago. 2010. doi: 10.1590/S0104-11692007000100007.
- ARAÚJO, E.C., COLER, M.S., NOBREGA, M.M.L. **Teoria de enfermagem de Jean Watson articulada com a sexualidade humana**. On line. Braz. J. Nurs, 2005; 4(2)
- ARDUÍNO, J. **Abordagem multirreferencial das situações educativas e formativas**. Em: Barbosa, J.G. Multirreferencialidade nas ciências e na educação. São Carlos: UFSCAR. 1998.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: UNESP, v. 8, n. 14, p.73-92, 5 fev. 2004.
- BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- BARNARD, D.; DAYRINGER, R.; CASSEL, C.K. - **Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum**. Acad Med 70(9): p. 806-813, 1995.
- BARSA, **Nova Enciclopédia**. São Paulo, 1999, vol. 6, p. 221.
- BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 1997. São Paulo: Hucitec
- BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.
- BOFF, L. **O Ponto de Deus no cérebro**. Disponível em <<http://www.leonardoboff.com.br>>. Acesso em 22/07/2008.
- BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D.. **Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, Apr. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000200003&lng=pt&nrm=iso>.

ng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2010. doi: 10.1590/S0104-11692010000200003.

BRASIL, **Constituição Federal**, 1988

CAMARGO, P. **Nas pegadas do Mestre**, FEB, 1984, p. 55.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. SP. Ed. Cultrix, 1992.

CAPRA, F. **O tã da física: um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental**. SP. Ed. Cultrix. 1992.

CARVALHO, V. **A Cerca da assistência de enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 3(3):37-51, dez. 1999.

CASATE, J. C; CORREA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Revista Latino-americana de Enfermagem. v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CASTRO, A. A. **Localizando informação para a prática clínica**. In: ATALLAH, A. N. (Ed.). **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

CLEMENTE, E. **Fé e Razão na Doutrina Social Católica**. Rev. Vol. 35, nº. 149. 2005. p. 613-614.

CREMA, R. **Antigos e novos terapeutas. Abordagem transdisciplinar em terapia**. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2002.

DE FELICE, E. S. **Novo Manual de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1987.

DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>>. Acesso em 12 de março de 2010.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm> Acesso em: 12 de março de 2010.

DESCARTES, R. **Discurso do Método**, São Paulo, 2000. p. 21.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, 2004. P. 14-17.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- DI MATTEO, V. **A Polissemia da Subjetividade**.
- DORNELLES, S.; GEOVANINI, T.; MACHADO, W. C. A.; MOREIRA A. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter;1995.
- ESPINOSA, B. **Ética**. "Os Pensadores". São Paulo, Abril, 1980.
- FAGAN, P. F. **O Impacto da Prática Religiosa na estabilidade Social**, The Heritage Foundation, 1996.
- FARIA, J. H. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: Ed. Da UFPr, 1992.
- GASTAUD, M. B.; SOUZA, L. D. M.; BRAGA. L.; HORTA. C. L.; OLIVEIRA. F. M.; SOUSA, P. L. R, et al. **Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal**. Rev. Psiquiatria. Rio Gd Sul. 2006;28(1):12-8.
- GERMANO, R. M. **A evolução do ensino da ética para enfermeiros**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/evolucao.html>>. Acesso em: 17-fev-2007.
- GODOY, A. S., **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**, In Revista de Administração de Empresas, v. 35 n. 2, Mar/Abr. 1995. p. 57-63.
- GROF, S. **Mente Holotrópica. Novos conhecimentos sobre a psicologia e pesquisa da ciência**. Ed. RJ. Ed. Rocco, 1994. Pág. 23 e 113.
- GROF, S. **Emergência espiritual: crise e transformação espiritual**. SP. Ed. Cultrix. 1989.
- GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. **O impacto da espiritualidade na saúde física**. Rev Psiquiatr Clin. (São Paulo). 2007;34(Supl 1):88-94.
- HEGEL, G. W. F, **Filosofia da religião**. Bari, Laterza, 1948
- HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. M. Forte, 1999.
- HILLER, E. **Humanismo e Técnica**. Tradução de Carlos Lopes de Mattos. São Paulo: EPU, 1973.
- HOLLAND, J. C.; LEWIS, S. **The human side of cancer: living with hope, coping with uncertainty**. New York: HarperCollins; p. 344, 2000. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 12 de março de 2010.
- HDAK, C.M., GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.

- HUDSON, T. - **Measuring the results of faith**. Hosp Health Netw 70:22-28, 1996.
- IBGE, **Censo Demográfico**, 2000.
- JOÃO PAULO II. **Fides et Ratio**. Vaticano; 1998.
- JUNG, C.G. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1991.
- KANT, I, - **(1781) Critique of pure reason, in The Transcendental Doctrine Of Method**, Ed. N. Kemp Smith, capítulo II, seção 3, página 645, Londres, 1933.
- KANT, I. **A religião nos limites da simples razão**. “Os Pensadores”. São Paulo, Abril, 1980.
- KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns**. Ed. FEB. Rio de Janeiro, p. 139.1996.
- KOENIG, H. G, et al. **Medicine and religion**. The New England Journal of Medicine. 2000. Nov;343:1339-92.
- KOENIG, H.G. **Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice**. South Med J 97:1194-200, 2004.
- KUHN, T. S. **A Tensão Essencial**, Lisboa, Edições 70, 1989.
- LEI Nº 8.080 - DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - DOU DE 20/9/90 - **LEI ORGÂNICA DA SAÚDE** – Alterada. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em 12 de março de 2010.
- LEVIN, J. S.; SCHILLER, P. L. **Jornal da religião e da saúde**, Vol. 26, 1987.
- LEPARGNEUR, H. **Consciência, corpo e mente**. Ed. Papirus. 1994.
- LINDOLPHO, M. C. **O cliente submetido à quimioterapia oncológica sob a ótica compreensiva do enfermeiro: o significado do tratamento**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- LOWEN, A. **A espiritualidade do corpo. Bioenergética para beleza e harmonia**. Ed. Cultrix. SP. 1990. Pág. 12
- LUCCHESI, F. **Mudando seu estilo e vida: ser feliz e viver bem, é uma opção pessoal**. 2010. Disponível em: <<http://pensandoemfamilia.com.br/blog/tag/estilo-de-vida/>>. Acesso em 17 de julho de 2010.
- LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO, A. Lamas. **Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?**. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 32, n. 1, Mar. 2010. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002010000100020&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19/08/2010. doi: 10.1590/S0101-28002010000100020.
- LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MAANEN, J. V. **Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface**, In Administrative Science Quarterly, vol. 24 no. 4, December 1979, pp. 539-550.
- MACHADO, W.C.A. **Eros e Thanatos. A morte sobre a ótica da enfermagem**. Ed. Yendis. 2006.
- MACHADO, W.A.C., FIGUEIREDO, N.M.A. **Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência de quase-morte**. Rev. Enferm. UERJ, 2002; 10 (3): 159-64.
- MANINIG, P. K., **Metaphors of the field: varieties of organizational discourse**, In Administrative Science Quarterly, vol. 24, no. 4, December 1979, pp. 660-671.
- MARCH, M; BORGES, LM; BONFIM, MES. **Humanização da enfermagem**. Rev Bras Enferm 1973; 26(6): 508-13.
- MASLOW, A. **Motivation and Personality**. New York: Harper & Row, 1970.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994, p.21.
- MINAYO, M. C. S. **Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F (org.). **Caminhos do pensamento - epistemologia e método**. 2002. P. 215. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado: um estudo sobre a formação da identidade profissional**. Rio de Janeiro: Escola Ana Nery/UFRJ;1996.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO, N. F. - **Spiritist views of mental disorders in Brazil**. Transcult Psychiatry 42:570-595, 2005.
- MORIN, E; MOIGNE, J. L. **A inteligência da complexidade**. Ed. Fundação Petrópolis, SP. 2004.
- MORRA, G. **Filosofia para todos**. Paulus, 2001.
- Mulheres e espiritualidade**. Fonte: [HTTP://www.bkwsu.org/reus-and-media-pt](http://www.bkwsu.org/reus-and-media-pt). Acessado em 8/08/2010.

- NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. **Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo**. Revista Latino-americana de Enfermagem, vol.17, nº. 2. Ribeirão Preto. Mar/Abr. 2009.
- NEUMANN, J. K.; PEEPLES, B. - **Religious faith and nicotine cessation**. Mil Med 166(5):v., 2001.
- NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades**. Caderno de Pesquisas em Administração, S. Paulo, Vol. 01, nº. 3, 2º. Sem.,1996.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a Enfermagem**, ABEN, 1989.
- NOVA ENCICLOPEDIA BARSÁ. São Paulo, 1999.
- NUREMBERG, **CÓDIGO, 1947**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em 12 de março de 2010.
- OKON, T. R. - **Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care**. J. Palliat Med 8(2):392-414, 2005.
- OLIVEIRA, A. P. **Espiritualidade na vida e no consultório faz bem a saúde**. Folha Online, 2004.
- PADILHA, M.I.C.S, NAZARIO, N.O., STIPP, M.A.C. **O legado e o (re)negado: a enfermagem e as ordens/associações religiosas**. Texto e contexto enferm. 1998;7(1):71-9.
- PAIVA, G. J. **Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 24, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000100011&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19/08/ 2010. doi: 10.1590/S0103-166X2007000100011.
- PESSINI, L. **Distanásia**. São Paulo: Loyola; 2006.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 277.
- PESSOA, M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. **Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional**. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.87-92, 2006.
- POWELL, L.H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. **Religion and spirituality**. Linkages to physical health. Am Psychol. 2003;58(1):36-52.
- REVISTA CLAUDIA/SAÚDE, nº 504 (setembro/2003).
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnica**. São Paulo: Saraiva, 1985.

- ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**, São Paulo, 2007.
- SÁ, A. C, PEREIRA, L. L. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica**. O Mundo da Saúde. 2007;31(2):225-37.
- SÁ, A.C. **Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística**. O Mundo da Saúde São Paulo: 2009;33(2):205-217.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. **Espiritualidade baseada em evidências**. Acta Fisiátrica. 2001;8(3):107-12.
- SALGADO, A.P.A., ROCHA, R.M., CONTI, C.C. **O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas**. Rev. Enferm. UERJ, 2007; 15(2): 223-8.
- SANTANA, JCB; LIMA, JI; MATOS, TG; DUTRA, BS. **Humanização do Cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem**. Rev Enferm Ufpe On Line. 2008; 3(1):1-8.
- SANTOS, I, SALLES, R., PADILHA, M.I.C.S., SILVEIRA, M.F. **Uma nova história da enfermagem**. Rev. Enferm. UERJ, 2002; 10(2): 109-13.
- SARTRE, J. P. **O imaginário: psicologia fenomenológica da imaginação**. São Paulo: Ática. 2006, P. 215.
- SCHOPENHAUSER, A. **Da religião**. “Os Pensadores”. São Paulo, Abril, 1974.
- SCHOSSLER, T. **Cuidador domiciliar do idoso: Cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde – uma análise através da teoria do Cuidado Humano de Jean Watson**. Dissertação de mestrado. UFRG, 2007.
- SILVA LF, DAMASCENO MMC. **Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica-reflexão para a prática profissional**. Texto e Contexto Enferm 2005; 14(2): 258-65.
- SILVA, R. C. L. **O significado do cuidado em terapia intensiva e a (des)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. Tese (doutorado). - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- SILVA, R. C. L. ; FIGUEIREDO, N. M. A. ; PORTO, I. S. ; JACINTO ; OLIVEIRA ; VIEIRA. **Humanization in intensive therapy: analyzing the idea of dehumanization in the perspective legal-ethical of the care of nursing**. Revista de enfermagem UFPE on line, v. 3, p. 205-213, 2009.

- TROVO, M.M., SILVA, M.J.P., LEÃO, E.R. **Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem.** Rev. Latino americana de enfermagem. Ribeirão Preto, V. II, nº. 4, 2003. Disponível em: <[HTTP://www.scielo](http://www.scielo)>. Php. Acessado em: 19 de agosto de 2010.
- TURKIEWICZ, M. **História da enfermagem.** Paraná: ETECLA; 1995.
- VILA V. S. C., ROSSI L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido".** Rev Latino-am Enfermagem março/abril 2002. 10(2):137-44.
- YESUADIAN, S., HAICH. E. **Yoga and health.** New York: Harper e Row, 1953.
- WALDOW, V.R. **Cuidado humano, o resgate necessário.** Porto Alegre, Ed. Sagra Luzzatto, 2001.
- WATSON, J. **Nursing: Human science and human care – a theory of nursing.** Connecticut: Appleton-Century Crofts, 1985.
- WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Rio de Janeiro, Lusociência, 2002.
- WEIL, P. **Holística: uma nova visão e abordagem do real.** Ed. Athenas, S.P., 1990.
- WHOQOL, **The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization.** Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
- ZOHAR, D. **Inteligência Espiritual.** Entrevista disponível em: <www.universocatolico.com.br/content/view/13041/3/> Acesso em 15/08/2008.
- ZOHAR, D. **O Ser Quântico.** Editora Best Seller, 1990.

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

CARTA-CONVITE

Caro(a) Senhor(a)

Eu, FLÁVIO RANGEL DA SILVA, enfermeiro, Servidor Público Federal, portador do CIC 790.188.588-20, RG 074.126.47-5, estabelecido na Rua Maici, 368, Ilha do Governador, CEP . 21930-020, Rio de Janeiro. Telefones de contato (21)2467-4016 ou (21)8874-4391. Prezado cliente, vou desenvolver um estudo de caso clínico que trata do tema – **CUIDADO DE ENFERMAGEM NA COMPLEXIDADE HUMANA: UM ESTUDO SOBRE A ESPIRITUALIDADE NO CONTROVERSO DISCURSO DE (DES)HUMANIZAÇÃO.**

Sendo assim, necessito, se possível for, que o (a) Sr.(a). nos dê a devida autorização para que possamos coletar os dados necessário para a realização do referido estudo de caso. Cabe ressaltar que esses dados através de entrevista feita por um pesquisador qualificado.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e os dados produzidos na consulta serão utilizados apenas para a construção do estudo de caso, que deverá ser apresentado em sessão clínica junto ao corpo de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. O estudo não lhe oferecerá qualquer risco a sua integridade física, emocional ou moral.

Sua participação não trará qualquer benefício direto ou imediato, mas proporcionará um melhor entendimento a respeito do cuidado de enfermagem junto a clientes.

Não existe outra forma de obter dados para o estudo em questão que não seja através dessa entrevista. Por esta razão, sua autorização é fundamental neste estudo.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ou ônus.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas, sem que a sua identidade seja revelada. Assim, não estaremos divulgando a sua identificação em nenhum momento do estudo. O (A) Sr(a). tem o direito de ser mantido (a) atualizado(a) sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão do estudo, que eventualmente poderá ser publicado em artigos científicos e em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não haja qualquer dúvida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo de caso.

Eu discuti com o Pesquisador **Flávio Rangel da Silva** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de qualquer tipo de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Sendo assim, autorizo o pesquisador a utilizar as informações obtidas por ocasião da consulta ao meu prontuário, bem como na elaboração de artigos científicos para publicação e apresentação em eventos científicos.

Data ____/____/____

Assinatura do cliente

Nome:

RG.

Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Apêndice I - Entrevista

Dados de identificação:

Categoria Profissional: ()enfermeiro ()auxiliar

Sexo: ()masculino ()feminino

Tempo de experiência profissional:_____

Área de atuação:_____

Religião:_____

Plantão: ()SD ()SN ()diarista

Roteiro para Entrevista

- 1- Quando você interage com o doente, que aspectos você considera mais importantes para o cuidado de enfermagem?
- 2- Dentre os aspectos que você apontou, qual deles é o mais importante e qual deles é o menos importante para o cuidado de enfermagem? Por quê?
- 3- O que é espiritualidade para você?
- 4- Para você, a espiritualidade é um aspecto importante que precisa ser considerado durante a prestação de cuidados de enfermagem? Por quê? (nos casos onde o profissional não tenha citado a espiritualidade como importante aspecto para ser considerado no cuidado, questione por que ele não a citou na primeira pergunta)
- 5- Independentemente da resposta da pergunta anterior, você se preocupa com a espiritualidade de seus clientes quando está prestando cuidados ou pelo menos pensa nela?
- 6- Como ou de que forma sua preocupação com a espiritualidade se manifesta em suas ações de cuidar?
- 7- Poderia dar exemplos de situações vivenciadas no seu cotidiano profissional nas quais sua preocupação com a espiritualidade do doente se manifesta quando você está assistindo ou prestando cuidados de enfermagem?
- 8- Em sua opinião, em que momentos ou situações os profissionais de enfermagem mais precisam considerar a espiritualidade ao prestarem cuidados de enfermagem aos doentes?

- 9- Existem doentes que necessitam mais de cuidados com a espiritualidade do que outros? Por quê? Cite exemplos, por favor.
- 10- Deixar de considerar a espiritualidade durante a prestação de cuidados de enfermagem, é em sua opinião, um exemplo descuidado ou de desumanização? Por quê?
- 11- Você acredita que valorizar e abordar o tema espiritualidade/religiosidade com os pacientes podem contribuir, de alguma maneira, para sua recuperação ou enfrentamento da doença?

Apêndice II – Parecer do Comitê de Ética



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezados Senhores:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia reuniu-se em 29 de setembro de 2009 e aprovou por unanimidade o Projeto “Cuidado e Tecnologia: um estudo sobre espiritualidade e discurso da humanização”, sob responsabilidade do investigador principal Flavio Rangel da Silva, sendo registrado neste CEP sob o nº 0248/13.07.09.

Rio de Janeiro, 29 setembro de 2009.


Ivan Luiz Cordovil de Oliveira
Coordenador do CEP