











## Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer: ações educativas

Implementing nursing diagnoses and care for the spiritual dimension of people with cancer: educational actions

Implementación de diagnósticos y cuidados de enfermería para la dimensión espiritual de las personas con cáncer: acciones educativas

### Como citar este artigo:

Freitas RA, Menezes TMO, Silva GTR, Guerrero-Castañeda RF, Moura HCGB, Oliveira ES, Pessoa LSC, Costa JS. Implementing nursing diagnoses and care for the spiritual dimension of people with cancer: educational actions. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230141. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0141en>

-  Raniele Araújo de Freitas<sup>1</sup>
-  Tânia Maria de Oliva Menezes<sup>1</sup>
-  Gilberto Tadeu Reis da Silva<sup>1</sup>
-  Raúl Fernando Guerrero-Castañeda<sup>2</sup>
-  Halanna Carneiro Guimarães Bastos Moura<sup>1</sup>
-  Emanuela Santos Oliveira<sup>1</sup>
-  Larissa Simões da Cruz Pessoa<sup>1</sup>
-  Jéssica Santos Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, Ba, Brasil.

<sup>2</sup> Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra: Celaya, Guanajuato, México.

### ABSTRACT

**Objective:** To establish the implementation of nursing diagnoses and care for the spiritual dimension of people with cancer. **Method:** Action research in a university hospital in the north-east of Brazil. Nine nurses and thirteen nursing technicians from the Onco-hematology and Bone Marrow Transplant Unit of this hospital took part. Data collection took place in four phases and involved the talking map technique, pedagogical workshops and a logbook. The groups' speeches were coded using Maxqda software, subjected to Braun and Clarke's thematic analysis and interpreted in the light of Paulo Freire's constructs. **Results:** Phase 1 sought to apprehend the participants' prior knowledge on the subject; in phase 2, proposals emerged for spiritual care organized in the Nursing Process; in phase 3, the diagnoses and care plan for the spiritual dimension for clinical practice were contemplated; and in phase 4, through the final evaluation, it was possible to see the transformations that occurred in the nursing team's practice with the proposed implementation. **Conclusion:** The educational actions provided significant learning for the nursing team and the implementation of diagnoses and nursing care for the spiritual dimension of people with cancer.

### DESCRIPTORS

Spirituality; Nursing Care; Nursing Process; Learning; Neoplasms.

### Autor correspondente:

Raniele Araújo de Freitas  
R. Basílio da Gama, 241  
40231-300 – Salvador, BA, Brasil  
ranifreitas84@gmail.com

Recebido: 15/05/2023  
Aprovado: 18/10/2023

## INTRODUÇÃO

O cuidado fundamentado nas etapas do Processo de Enfermagem (PE) possibilita o julgamento coerente e a tomada de decisão adequada, com intervenções de enfermagem embasadas em um método científico, o que proporciona uma atuação profissional humana, ética e eficaz. O PE também permite a sistemática reavaliação dos resultados obtidos com o uso das intervenções de cuidado, bem como a reprogramação para ações anteriormente planejadas<sup>(1)</sup>.

Na prática, observa-se que o cuidado de enfermagem ainda se mantém na lógica cartesiana, biologicista fragmentada, configurando-se em um modelo que privilegia a atenção para a dimensão física, em detrimento do cuidado das ligações que constituem a pessoa em toda a sua existência, incluindo-se a espiritual. Em contrapartida, enfermeiros têm percebido que a espiritualidade exerce impacto na saúde física, atuando para melhorar a qualidade de vida e proporcionar maior sobrevida e menor tempo de internação. Contudo, dificuldades ainda são presentes e comprometem o cuidado holístico, tão comentado na teoria<sup>(2)</sup>.

Sabe-se que, no decorrer da vida, a pessoa é estimulada, em vários momentos, a buscar por equilíbrio, bem-estar e por estratégias de enfrentamento: de um lado, há demandas das relações interpessoais com o meio em que está inserido e, de outro, a necessidade de manutenção do bem-estar físico, mental, social e, por que não, espiritual<sup>(3)</sup>. Nesse contexto, encontra-se o acometimento das doenças crônicas, sendo o câncer uma doença que implica situação de estresse significativo, desde a fase de diagnóstico até os estágios mais avançados, visto que desencadeia ideias de sofrimento, morte e finitude<sup>(4)</sup>.

Associações entre resiliência, sofrimento e espiritualidade são evidenciadas, concluindo que a dimensão espiritual de pessoas com câncer deve ser incluída nas intervenções de saúde, uma vez que parece estar relacionada a um maior crescimento existencial, adaptação à doença, bem-estar funcional e qualidade de vida<sup>(5)</sup>. Neste estudo, qualquer menção à dimensão espiritual refere-se à espiritualidade e religiosidade.

Para o entendimento do cuidado espiritual é necessário compreender os conceitos de espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade refere-se à dimensão íntima da pessoa, sua conexão com o sagrado e o transcendente, a religiosidade é uma das formas de expressar a espiritualidade, se refere a sistemas organizados de crenças, rituais e práticas religiosas com as quais a pessoa se identifica e se conecta a um ser superior<sup>(6)</sup>. Assim, o cuidado espiritual envolve a promoção da conexão com os outros e a comunidade, o indagar sobre as necessidades espirituais e crenças religiosas. No contexto do adoecimento, as necessidades espirituais podem se expressar nas últimas decisões, reflexão sobre o sentido da vida, planos para o futuro, ansiedade, negação, solidão, pedidos de apoio emocional, relações familiares, necessidades religiosas e minimização de sofrimentos<sup>(7)</sup>.

A assistência à saúde não se limita a cuidados de aspectos biológicos, e os profissionais devem contemplar diagnósticos e intervenções referentes às dimensões religiosa e espiritual em todo o processo de cuidado, favorecendo, assim, os resultados em saúde. Percebe-se, então, que o cuidado espiritual deve ser um processo estruturado, centrado no paciente, que considere

a sua compreensão do ser e do existir no mundo<sup>(8)</sup>. O profissional de saúde deve estar apto a identificar essas demandas, a fim de sistematizar cuidados acerca das necessidades espirituais e religiosas<sup>(9)</sup>.

Sabe-se que o enfermeiro deve avaliar as necessidades espirituais e promover a saúde espiritual de pacientes. Porém, ao explorar a experiência e a percepção desses profissionais sobre o cuidado espiritual, estudo<sup>(10)</sup> evidenciou-se que o plano de cuidado de alguns enfermeiros era hierarquizado de acordo com as necessidades do paciente, com prioridade àquelas de natureza fisiológica. Apesar da importância conferida à dimensão espiritual do paciente, e da responsabilidade do enfermeiro no atendimento dessas necessidades, esse cuidado, quando acontece na prática clínica, costuma se dar de forma assistemática e associado a manifestações religiosas.

Para o PE, o enfermeiro dispõe do sistema de classificação taxonômica II proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que se traduz como um norteador para o cuidado assistencial, citando, dentre muitos Diagnósticos de Enfermagem (DE), religiosidade prejudicada, disposição para religiosidade melhorada, risco de religiosidade prejudicada, risco de sofrimento espiritual e sofrimento espiritual<sup>(11)</sup>. Contudo, comumente tais aspectos não são empregados, tampouco os respectivos cuidados de enfermagem, ainda que estejam previstos e descritos na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Diante do exposto, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: as ações educativas com a equipe de enfermagem, contribuem para a implementação de diagnósticos de enfermagem e de cuidados voltados à dimensão espiritual da pessoa com câncer? O estudo teve como objetivo: implementar, em forma participativa, diagnósticos e cuidados de enfermagem voltados à dimensão espiritual da pessoa que vive com câncer. Sendo o objeto do estudo: por meio de ações educativas com os profissionais de enfermagem do serviço oncológico, acredita-se ser possível promover processos de reflexões coparticipativos à prática clínica. Esses processos teriam efeitos em prol de fortalecer a compreensão da importância da assistência à dimensão espiritual para a pessoa em adoecimento crônico e/ou estimular práticas espirituais e religiosas, não apenas quando o ser sob cuidados expressa essa demanda. Tal cuidado é relevante por trazer a abordagem da pessoa em sua totalidade no contexto do cuidado de enfermagem, sendo que a falta de cuidado à dimensão espiritual deixa o cuidado holístico fragmentado, focando apenas na doença, e não considera a possibilidade de que a pessoa com câncer pode se beneficiar com o estímulo/desenvolvimento de sua espiritualidade e religiosidade no seu processo de adoecimento.

Após estruturação do fenômeno em códigos e temas, foi possível compreender as ações educativas da pesquisa-ação e a essência dos dados com os construtos freireanos<sup>(12)</sup>, visto que a ancoragem teórica neste autor trata muito mais de uma perspectiva social e filosófica do que meramente metodológica. Nota-se, nesse referencial, um componente ético e existencial por detrás de conceitos como diálogo, situação-limite, emancipação e libertação.

Para além, busca-se ampliar novos saberes acerca da temática incipiente na literatura científica, bem como resgatar a atenção à dimensão espiritual pela enfermagem, que, ao longo dos anos, foi esquecida. Por esse motivo, nota-se que, na maioria das situações de saúde, tal dimensão encontra-se excluída do PE, de modo que o cuidado, na prática, não abrange o ser biopsicossocioespiritual.

## MÉTODOS

### DESENHO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, alicerçado no referencial metodológico da pesquisa-ação. A pesquisa-ação é definida como um método ou estratégia de pesquisa que agrega várias técnicas de pesquisa social, com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível de captação da informação<sup>(13)</sup>.

Para a construção do presente trabalho foram seguidas as recomendações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*<sup>(14)</sup>.

### LOCAL

O cenário da pesquisa foi a Unidade de Oncohematologia e Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário do Nordeste do Brasil.

### POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Participaram do presente estudo nove enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem atuantes na unidade hospitalar supracitada. Aceitaram participar de atividades em grupo, de maneira voluntária, enfermeiros e técnicos de enfermagem que possuíssem, no mínimo, seis meses de atuação na unidade, tempo considerado suficiente para familiarização com o cuidado da pessoa com doença oncohematológica, e pertencentes ao quadro permanente da unidade. Constituíram critérios de exclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem que estivessem de férias, licença-maternidade ou licença-médica e profissionais que não fossem fixos na unidade. Foram excluídas duas técnicas de enfermagem que desempenhavam atividades exclusivamente administrativas.

### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Utilizou-se o critério de saturação das informações, ou seja, a coleta de dados foi encerrada quando os sentidos dos depoimentos dos participantes começam a demonstrar regularidade<sup>(15)</sup>. Para além, na estratégia da pesquisa-ação, quando o número de participantes é muito vasto, considera-se a possibilidade de utilização de amostras ou de representatividade da população pesquisada<sup>(13)</sup>.

### COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre agosto de 2022 e fevereiro do ano de 2023, por meio de questionário individual, diário de campo e por duas técnicas de coleta em grupos (mapa falante e oficinas educativas).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e uma estudante de enfermagem, em datas e horários

programados, com garantia de que o ambiente fosse reservado e proporcionasse privacidade aos participantes. A pesquisa-ação seguiu as seguintes fases:

1ª fase: Diagnóstico situacional com a realização do mapa falante em três momentos. Inicialmente, foi aplicado o questionário para caracterização das participantes, além de questões sobre conceitos de espiritualidade, religião e de religiosidade, a fim de apreender como compreendiam o cuidado à dimensão espiritual no contexto da doença oncológica. Na segunda abordagem, foram discutidas as dificuldades e facilidades em inserir o cuidado espiritual da pessoa com câncer. Na abordagem subsequente, a discussão se movimentou acerca dos fatores intervenientes no uso dos diagnósticos da NANDA-II no PE, bem como do cuidado espiritual para os possíveis problemas geralmente identificados na pessoa com doença oncológica.

2ª fase: Planejamento das ações educativas junto ao grupo. A partir de problemas compartilhados, e dos temas geradores de discussão, foram planejadas as ações educativas, mediante três oficinas. O planejamento consistiu em definir as ações que contribuiriam para a solução/equacionamento dos problemas detectados, assim como os objetivos dessas ações, os meios necessários para alcançá-los e os sujeitos que iriam efetuar-las<sup>(13)</sup>. Foi necessário abordar a teoria de Wanda Horta<sup>(16)</sup> e a Taxonomia II da NANDA, por serem, respectivamente, a teoria de enfermagem e a taxonomia adotadas no processo de Enfermagem do local.

3ª fase: Implementação das ações – oficinas educativas. A execução das ações seguiu com um roteiro de cada oficina. Salienta-se que, ao final de cada oficina, foram feitas as análises e avaliações parciais, a fim de readequar as estratégias no prosseguimento da pesquisa-ação. Esse movimento é compreendido como o ciclo da pesquisa-ação, ou seja, da “ação-reflexão” para o “aprendizagem-ação”<sup>(13)</sup>. Ao final das oficinas, os diagnósticos da NANDA-II e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual foram implementados na prática, incluídos no PE e no prontuário eletrônico no hospital. Assim, ao término dessa fase, a pesquisadora forneceu os diagnósticos e cuidados de enfermagem, construídos coletivamente nas oficinas educativas, que foram adicionados ao sistema informatizado.

4ª fase: Avaliação final da pesquisa-ação – aconteceu por meio da observação participante da pesquisadora, através de visitas à unidade, observando os prontuários eletrônicos, prescrições de enfermagem e através de diálogo *in loco* com a equipe de enfermagem. Após três meses, realizou-se uma oficina final com o objetivo de avaliar, junto com a equipe de enfermagem, a sua participação no estudo e a repercussão disso na realidade laboral. Nesta sessão, foram discutidos o conhecimento construído com a problematização do grupo, a vivência com a ação educativa aplicada e o aprendizado no processo de pesquisa.

A duração de cada atividade em grupo foi de, aproximadamente, três horas. Registrou-se o conteúdo no diário de campo e por meio de gravação do áudio, utilizando um aparelho para esta finalidade, com o consentimento dos participantes. Posteriormente, as falas foram transcritas na íntegra.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram importados, transcritos e codificados com o auxílio do software *MAXQDA* plus 2020<sup>(17)</sup>. A análise de dados

segiu as seis fases da análise temática de Braun e Clarke<sup>(18)</sup>, e os resultados das ações educativas foram interpretados à luz dos construtos de Paulo Freire<sup>(12)</sup>.

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu todas as diretrizes e prerrogativas legais estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto matricial foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa, pelo Parecer nº 5.530.277/2022. Todos os participantes receberam orientações e esclarecimentos acerca do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado após o aceite em participar da pesquisa. Houve garantia de sigilo e anonimato dos participantes através do uso dos codinomes “E” para enfermeiro e “TE” para técnico de enfermagem, seguidos de numeral indicativo da sequência das falas.

## RESULTADOS

Participaram 22 profissionais de enfermagem. Acerca da categoria profissional, 13(59,1%) eram técnicos de enfermagem e nove (40,9%) enfermeiros. A idade oscilou entre 29 e 60 anos, com média de 38 anos. Treze (59,1%) participantes se autodeclararam pardos, seis (27,3%) negros e três (13,6%) brancos. Dezesesseis (72,7%) participantes eram do sexo feminino e seis (27,3%) do masculino. No tocante à titulação máxima, oito (36,4%) possuíam especialização em oncologia (todos enfermeiros); um (4,5%) enfermeiro doutorado; e sete (32%) técnicos de enfermagem, graduação (biologia ou enfermagem).

Com relação ao tempo de atuação na enfermagem, houve variação entre seis e 23 anos; na área de oncologia, o tempo variou entre seis meses e 18 anos. A maioria (82%) possuía um vínculo e quatro (18%) dois vínculos empregatícios, com variação de 36 (em um vínculo) a 72 horas semanais. No quesito religião ou crença, dez (45,4%) eram católicos; seis (27,3%) evangélicos; um (4,5%) testemunha de jeová; um (4,5%) espírita; e quatro (18,3%) não possuíam afiliação religiosa, sendo um desses autodeclarado ateu.

A produção de dados compreendeu a construção de participantes e pesquisador, por meio de ações que pudessem culminar na implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem. Para isso, utilizou-se técnicas de atividade para construção coletiva, a saber: mapa falante para diagnóstico do conhecimento prévio e programação das ações e oficinas educativas contendo temas a serem trabalhados.

O processamento se deu a partir dos léxicos identificados como significativos no corpus das falas transcritas durante as fases da pesquisa, das quais os códigos foram extraídos, organizados e postos em temas por meio da análise temática. Na trajetória de transformação revolucionária do cuidado de enfermagem prestado, as ações educativas possibilitaram a identificação dos seguintes temas: a) A conscientização de um cuidado espiritual não sistematizado no PE; b) O planejamento coletivo das atividades e a implementação das ações em busca da transformação significativa da realidade vivenciada; e, c) A efetividade das ações na aprendizagem significativa e na implementação proposta junto ao PE.

a) A conscientização do cuidado espiritual inconsciente e não sistematizado no processo de enfermagem.

Esse tema emergiu na primeira fase da pesquisa-ação, a fase de diagnóstico situacional, por meio da técnica de coleta de dados do mapa falante. Era preciso identificar o saber prévio dos participantes sobre os DE e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer, sendo possíveis tais diagnósticos na primeira atividade do mapa falante: Existem diversos conceitos sobre a espiritualidade, religiosidade e fé; Embora estejam conectados, é possível reconhecer a diferença entre espiritualidade e religiosidade; Espiritualidade é algo relacionado à crença, esperança, e faz com que a pessoa com câncer opte por prosseguir na luta diária. Religiosidade é a prática da religião, ligada a crenças, templos e objetos religiosos.

Os participantes mencionaram que a dimensão espiritual agrega a espiritualidade e a religiosidade. Definir religiosidade é mais fácil do que definir espiritualidade, de modo que o cuidado espiritual se torna mais acessível aos profissionais de enfermagem e às pessoas religiosas, pois elas sempre possuem objetos relacionados ao Sagrado nos leitos da unidade.

Na segunda atividade, os participantes pontuaram os seguintes tópicos: A dimensão da espiritualidade e religiosidade da pessoa com câncer é importante por proporcionar força, conforto e ressignificar o cotidiano com o câncer, melhorando o enfrentamento; Todos os pacientes devem receber cuidados à dimensão espiritual, inclusive aqueles que não possuem religião ou crenças (ateus e agnósticos); É bem provável que todos os pacientes tenham demandas não identificadas de cunho espiritual/religioso; É importante se trabalhar a dimensão espiritual da pessoa com câncer, porém os profissionais não sabem por onde começar essa abordagem.

Na terceira atividade com desenhos, falas e conexões, os participantes constataram que: existem facilidades e dificuldades para ofertar o cuidado à dimensão espiritual da pessoa com câncer; não há cuidados conhecidos e claros sobre os problemas de enfermagem, ou possíveis problemas nesse contexto; é preciso respeitar as crenças das pessoas, visto que o medo de estar sendo invasivo ao falar sobre a religião existe entre profissionais; a equipe de enfermagem identifica esse cuidado inconsciente, à medida que incentiva a pessoa hospitalizada a se apegar a Deus, quando sabem da sua religião; a equipe não reconhece esse cuidado na prescrição de enfermagem; embora não haja cuidados específicos à dimensão espiritual no PE, a equipe fala à pessoa com câncer sobre fé, esperança, confiança e pensamentos positivos.

As falas abaixo relatam a problematização sobre o cuidado espiritual necessário ao cuidado integral à pessoa que vive com o câncer:

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

*A gente, conhecendo sobre isso, eu já estaria preparada. A espiritualidade é uma questão possível de ser incorporada no processo de enfermagem da nossa unidade, que é algo relevante, que precisa ser considerado e esquematizado no nosso trabalho. A gente até fala, mas*

*nada está escrito. (...) por faltar preparação. Mas acabou que, quando fomos discutindo mais, foi chegando à conclusão que é sobre o que já fazemos um pouco no serviço e podemos melhorar muito (E4).*

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

E1 comenta que não utiliza os diagnósticos de enfermagem, podendo inferir que, também, não identifica os problemas de cunho espiritual, mas compreende que a espiritualidade/religiosidade demarcam seu papel como estratégia de resiliência que pode ser utilizada pela pessoa em adoecimento oncológico. Para ele, é necessário se trabalhar com a proposta do estudo. E4 relata que, conhecendo como implementar na prática os passos para o cuidado espiritual sistematizado no PE, o que já se faz na unidade pode melhorar e ser incorporado como cuidado de enfermagem. Para além, TE11 destaca uma prática laboral com manifestações de medo, falas depressivas e pensamentos suicidas por parte dos pacientes, motivo pelo qual acredita no benefício dos cuidados em questão para essas pessoas.

b) O planejamento coletivo das atividades e a implementação das ações em busca da transformação significativa da realidade vivenciada.

Após a fase de diagnóstico situacional, foi preciso que a pesquisadora e os participantes, juntos, criassem um plano estratégico com as ações. Na fase de planejamento, foi lançada a seguinte pergunta: o que é possível planejar e fazer para que a atenção à dimensão espiritual da pessoa com câncer aconteça na rotina dos profissionais da enfermagem? Após o debate e construção grupal, ficou evidente a necessidade de se trabalhar desde o histórico de enfermagem até a evolução, inserindo as anotações e a passagem de plantão, a fim de tornar a prática do cuidado espiritual sistematizada em rotina na assistência de enfermagem.

O **Quadro 1** abaixo descreve as ações programadas e validadas pelas participantes, que possibilitaram as oficinas educativas, decorrentes da busca da mudança da realidade a partir da ação-reflexão e conscientização crítica das participantes:

**Quadro 1** – Atividades programadas para a fase de implementação da pesquisa-ação – Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

ATIVIDADE PROPOSTA	TEMÁTICAS ABORDADAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO PROPOSTA	PARTICIPANTES
– Oficina educativa 1	– O Processo de Enfermagem – A Teoria de Wanda Horta e a necessidade espiritual – Histórico de Enfermagem e os problemas de enfermagem relacionados a espiritualidade e religiosidade	– Equipe de Enfermagem
– Oficina educativa 2	– Diagnósticos de Enfermagem – NANDA-II – abordando domínios sobre espiritualidade, religiosidade, de sentido da vida e esperança – Resultados esperados sobre as necessidades espirituais e religiosas – NOC	– Enfermeiros
– Oficina educativa 3	– Cuidados de enfermagem acerca da dimensão espiritual e Prescrição de Enfermagem contendo esses cuidados – NIC – Evolução e anotação de enfermagem nesse contexto	– Equipe de Enfermagem

Fonte: Participantes do estudo.

A fase de implementação das ações aconteceu por meio de três oficinas educativas. Um estudo de caso fictício foi criado pela pesquisadora, contendo problemas de enfermagem acerca da espiritualidade e religiosidade; este estudo de caso foi utilizado nas três oficinas, e os participantes puderam fazer, na prática simulações e seleções para a anamnese espiritual, diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem referentes à dimensão espiritual viáveis em suas práticas. Para as oficinas, utilizou-se o histórico de enfermagem adotado pelo hospital, com novas propostas para questões da dimensão espiritual e os livros da NANDA, NOC e NIC. Na oficina em que se trabalhou os diagnósticos de enfermagem da NANDA-II e o NOC, participaram apenas os enfermeiros, por estarem contidos em fases do PE e de raciocínio lógico privativo dessa categoria profissional. As demais temáticas descritas no quadro foram abordadas com enfermeiros e técnicos de enfermagem.

As falas a seguir refletem a construção coletiva das oficinas através da problematização:

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

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

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

TE3 relata a importância de entender quais são as demandas espirituais dos pacientes que merecem intervenção. E2 mostra-se surpreso ao desbravar os diagnósticos e os resultados esperados referentes à temática do estudo, evidenciando que há um respaldo científico para o planejamento de cuidados à espiritualidade e religiosidade da pessoa sob a assistência de enfermagem. E8 destaca a importância de se refletir em grupo quando elencados os cuidados viáveis para a unidade, bem como da sua reaproximação de uma ação de competência da enfermagem.

Ao final da fase de implementação, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem elencados foram disponibilizados para a pessoa responsável pelo PE do hospital, e fez-se a parametrização no sistema de prontuário eletrônico para uso na unidade.

c) A efetividade das ações na aprendizagem significativa e na implementação proposta junto ao processo de enfermagem.

Na oficina final de avaliação da ação educativa para implementação da proposta foi possível constatar os benefícios proporcionados através das falas dos participantes. Os discursos

abaixo retratam o impacto positivo da ação educativa e do aprendizado crítico-reflexivo:

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

*E assim... vou logo para o histórico, já vejo a parte psicoespiritual lá (eu pouco preenchia, mas depois das oficinas... não tem como não preencher mais), aí já lembro dos diagnósticos, já lembro dos cuidados... isso foi bom, uma coisa já vai sinalizando a outra (E9).*

*Foi tão bom participar das oficinas (...) estamos sempre utilizando aqui nos prontuários e lembrando de considerar isso nos pacientes. Hoje eu faço a minha abordagem com outro olhar (E10).*

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

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

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

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

As falas de E6 e TE6 denotam uma sensibilização da equipe de enfermagem com a prestação de cuidado à dimensão espiritual e efetividade da ação educativa, valendo destacar práticas, até então, não vistas ou realizadas na unidade.

## DISCUSSÃO

Ao pensar na proposta do estudo com a realização de uma ação educativa para implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer, é possível analisar o cuidado de enfermagem a partir da perspectiva freireana, para compreender o ato de cuidar/educar. Assim, converge com o pressuposto de que a educação não é neutra e que o processo de cuidar é educativo e um ato político<sup>(13)</sup>, podendo ser assumido pela equipe de enfermagem como uma proposta transformadora.

A pesquisa se concretizou pela metodologia da pesquisa-ação, como uma abordagem de pesquisa em que a participação

coletiva é o princípio que define todo o processo de pesquisa<sup>(19)</sup>. A teoria compreende a educação como um encontro entre seres humanos, mediatizado pelo mundo. Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou imposição, ou seja, um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada e sistematizada do que lhes foi entregue de forma desestruturada<sup>(12)</sup>.

O teórico defende a transformação pela educação problematizadora, que propõe mobilizar a construção de conhecimentos a partir de experiências significativas. A aprendizagem significativa busca construir um processo educativo alicerçado nos saberes prévios dos educandos, tendo por objetivo tornar o processo educativo mais dinâmico. Existe uma necessidade contínua de transformar a prática pedagógica em momento de prazer e satisfação, tanto para o educador como para o educando, a fim de tornar o processo educativo mais eficaz<sup>(13)</sup>.

A transformação, neste estudo, aconteceu por meio de atividades em grupo, com uso da técnica do mapa falante e oficinas educativas, visto que o trabalho em grupo pode ser uma estratégia facilitadora no processo de ensino e de aprendizagem, pois possibilita o compartilhamento de conhecimentos entre os participantes. A ajuda mútua oportuniza aprender com o outro. Nas atividades em grupo, acontece a quebra da relação vertical de aprendizagem existente entre o educador e o educando, possibilitando uma relação horizontal que favorece a construção face às intenções do grupo<sup>(20)</sup>. O uso de tecnologias ativas é uma estratégia educacional para trabalho em grupo, com uso de métodos e dinâmicas tais como jogos, oficinas e grupos focais, que valorizam a escuta e o interesse dos envolvidos, considerados de baixo custo e maior acessibilidade, caracterizando-se como tecnologias leves que podem ser facilmente aplicadas mediante a aceitação do grupo<sup>(21,22)</sup>. No estudo, as tecnologias leves e métodos ativos foram imprescindíveis para o envolvimento do grupo, superação da timidez, bem como para despertar motivação e engajamento.

A fase inicial da pesquisa foi essencial para ampliar a reflexão crítica da dialogicidade, criação de vínculo e confiança entre pesquisadora e participantes, sendo importante para o diagnóstico prévio sobre o conhecimento dos participantes acerca da espiritualidade, religiosidade, fé e cuidado espiritual na realidade vivenciada. Nesta fase, a escuta da equipe de enfermagem foi fundamental para seguir os próximos passos. Escutar é algo que vai além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa disponibilidade permanente, por parte do sujeito que escuta, para a abertura à fala do outro<sup>(20)</sup>. É escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das ideias.

Com o levantamento de informações, a partir da vivência e convivência com o objeto de investigação do estudo, abre-se espaço para o diálogo inicial e planejamento sobre o que se pretende abordar ou transformar, o que é prioridade ou não, o que será viável e o que se aproxima da realidade da equipe de enfermagem. Assim, iniciou-se o diálogo com uma aproximação do problema de investigação, na busca de compreendê-lo para a realização do diagnóstico situacional.

Somente o diálogo comunica. E quando os dois polos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma

relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação. Através do diálogo estabelecido na fase inicial da pesquisa, notou-se que os participantes estavam abertos para o novo, o que possibilita vivenciar experiências de transformação. Para o teórico, só é possível uma verdadeira educação através do diálogo, e um programa educativo não deve ser realizado somente por um dos polos interessados<sup>(23)</sup>.

Os participantes concluíram que a dimensão espiritual pode beneficiar a pessoa em adoecimento com câncer, e defendem que religião e espiritualidade são particularmente importantes para as pessoas com este diagnóstico. O papel do binômio, neste caso, pode estar associado a questões como resiliência, esperança e bem-estar espiritual dos pacientes, visto que, na vivência do sofrimento causado pela doença, ocorre uma conexão maior com a religiosidade e a espiritualidade, favorecendo escores altos de *coping* religioso e espiritual<sup>(24)</sup>. A teoria freireana lança mão de uma transformação libertadora, quando se coloca como categoria pedagógica capaz de educar para liberdade, através da humanização que valoriza a justiça, a liberdade e a esperança, mesmo diante das contradições da condição existencial humana. Para o pensador, a fé é o manifesto do plano divino e, por isso, direciona a manter para soluções que são inerentes aos seres humanos<sup>(25)</sup>.

As mediações, inferências e exposições feitas pela pesquisadora buscaram a reflexão-ação de maneira dialogada, por meio de tecnologia leve, vislumbrando que a autenticidade do diálogo facilita as relações interpessoais, fazendo com que os sujeitos se sintam valorizados e conscientes da importância de seu papel social e de transformação da realidade<sup>(26)</sup>.

Os participantes refletiram que o cuidado à dimensão espiritual acontecia de maneira informal e não sistematizada. O que partiu da consciência problematizador volta-se para a realização do propósito maior da educação, que é preparar o ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem, no caso, à pessoa com câncer<sup>(10)</sup>. Ou seja, na prática da conscientização, os participantes, inicialmente, fizeram uma aproximação espontânea (posição ingênua) da sua situação concreta (realidade). Ao ultrapassar isto, chegaram a experimentar, apreender e desvelar essa realidade, através de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetrando no fenômeno e analisando-o<sup>(27)</sup>.

Ao final da fase diagnóstica, partiu-se para a fase de diagnóstico compartilhado e planejamento das ações, em que pudemos nos despertar juntos (pesquisadora e participantes) para o cuidado à dimensão espiritual sistematizado, incorporado ao PE. Os discursos sobre a necessidade de melhorias no histórico de enfermagem, implementação dos diagnósticos da NANDA-II e cuidados de enfermagem no contexto da dimensão espiritual da pessoa com câncer evidenciaram o que a teoria Freireana<sup>(20)</sup> discorre sobre a consciência do homem e seu inacabamento, que possui uma vocação ontológica do vir a ser mais. Essa característica é inerente ao indivíduo, faz parte de sua função cultural, histórica e de ação junto à natureza. O ser aprende e ensina com os outros, com a natureza, com o Criador, ou seja, é um ser social, que possui disposição para a integração.

Foram propostos temas a serem trabalhados com a participação dos envolvidos, a fim de estimular a capacidade estratégica

e resolutive em uma relação solidária, bem como a consciência e o reconhecimento de uma vivência descortinada que precisa de intervenção, no sentido de melhorar o cuidado oferecido à pessoa com câncer. Esse exercício só foi possível por ter estimulado seres conscientes e transformadores da realidade por meio de sua criatividade, do saber compartilhado e do diálogo, em que a palavra foi à práxis para transformar a realidade. Para construção deste sonho possível, foi necessária a promoção de uma educação que estimula a conscientização, que não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas a opção, decisão e compromisso genuíno com esse processo<sup>(28)</sup>.

Na fase de implementação, as oficinas contemplaram anamnese espiritual, registro de enfermagem, preenchimento consciente do histórico de enfermagem, des(conhecimento) e aplicabilidade dos DE e cuidados para apoio e estímulo ao binômio espiritualidade/religiosidade da pessoa com câncer. À medida que as oficinas aconteciam, novas ideias, sugestões, conhecimentos e habilidades foram construídos nos moldes da educação libertadora, gerando o elenco de diagnósticos de enfermagem e cuidados factíveis para a prescrição de enfermagem. Cabe destacar que o aprendizado e a aplicabilidade desses instrumentos não dependem unicamente do educador, mas são resultados da interação educador-educando e do contexto em que vivem<sup>(29)</sup>.

Para implementar a proposta do estudo foi necessário o afastamento da educação bancária tão criticada pela teoria freireana, que usa a metodologia da memorização acrítica do conhecimento e contribui para a passividade dos educandos, no intuito de que a pesquisadora e os participantes aprendessem juntos, pela problematização dialogada, a interpretar o fenômeno. Um diálogo que respeita o ser, suas características, mas também o provoca e desafia para a tomada de decisões e transformações. Um diálogo que converge para a práxis, entendida como um processo de reflexão, anterior a ação, e ação comprometida com mudanças. Assim, não haveria outra ferramenta que não fosse o diálogo como meio de aprofundar nos mundos e visões<sup>(28)</sup>. Na busca da liberdade decorrente de experiências consideráveis na educação por parte do educando e educador, a teoria utilizada defende a autonomia como um processo de vir a ser, pois é algo a ser construído, considerando a dinâmica da realidade em todas as suas dimensões, a partir de experiências estimuladoras<sup>(20)</sup>.

A fase de avaliação destacou a efetividade das ações educativas utilizadas, em que as experiências de aprendizagem dos participantes possibilitaram conhecimentos diversos, de modo a permitir a tomada de decisão responsável e consciente de si, da equipe e do contexto em que estavam inseridos. Em um fazer tão impregnado pela dimensão técnica do trabalho, o cuidado da equipe de enfermagem impõe desafios para além do conteúdo biologicista. Assim, comprova-se a importância da transformação das práticas de enfermagem, por meio da colaboração possibilitada pela dialogicidade, no desenvolvimento de uma autonomia vinda de uma ação revolucionária e libertadora<sup>(12)</sup>.

A limitação do estudo se dá pela realização em apenas uma unidade hospitalar, o que não exclui a oportunidade despertada pelo estudo para que as equipes de enfermagem revejam suas práticas de cuidado à pessoa em adoecimento por câncer e doenças sem possibilidades terapêuticas, na perspectiva de valorar a espiritualidade/religiosidade e assegurar que este cuidado não contemple somente os aspectos biopsicológicos. Vale destacar

a oportunidade de promover mudanças nas práticas de cuidado com base nos *insights* e nas discussões geradas pelo estudo, o que pode incentivar outras equipes de enfermagem a considerarem a dimensão espiritual no cuidado, além dos aspectos biopsicológicos. No entanto, é necessário realizar pesquisas adicionais em diferentes contextos para obter uma compreensão mais abrangente sobre o tema.

## CONCLUSÃO

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

Na perspectiva do diálogo e da educação problematizadora-libertadora, foram consideradas as diversas formas de expressão dos participantes, valorizando as suas falas, mediatizadas por metodologias participativas, sendo elas no estudo: o mapa falante e as oficinas educativas. O respeito, a empatia e a relação de horizontalidade possibilitaram o resgate da humanização, destacando que a humanização dos sujeitos é, sem dúvida, um empenho proveniente dos construtos freireanos, posiciona-se de forma crítica e se aplica a diversos desafios contemporâneos, como os aqui apresentados. Ao desenvolverem a ação educativa, os participantes conquistaram seu espaço no cuidado à dimensão

espiritual e sentiram-se fortalecidos para continuar um processo em que todos acreditaram e ao qual aderiram não mais como uma proposta, mas como um propósito de trabalho integral, de construção da autonomia e da libertação.

Os participantes do estudo puderam repensar sua prática de cuidado na multidimensionalidade do ser humano, que não abordava a dimensão espiritual, motivando uns aos outros à modificação dessa realidade, com inclusão no Processo de Enfermagem, até então não refletida. Para além, na fase de avaliação da pesquisa, foi possível identificar o impacto dessa abordagem na qualidade de vida dos pacientes, feedback dos participantes e desejo de expandir a implementação para outras unidades por parte da coordenação de enfermagem e gestão hospitalar.

A equipe de enfermagem foi capaz de agir por si própria, avançando sistematicamente sobre um tema de interesse comum e se tornaram capazes de agir, por meio da problematização, com base nesse conhecimento construído na coletividade. Ademais, os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a gestão de enfermagem por meio da identificação de estratégias para implementar e ampliar o cuidado espiritual à pessoa enferma, além de fornecer elementos do movimento ensino-aprendizado para a ampliação do cuidado espiritual à pessoa hospitalizada, em especial àquela que vivencia o câncer. Salienta-se que a prática de atividades participativas desenvolvidas com enfermeiros e técnicos de enfermagem pode ser exitosa, visto que permite o diálogo aberto, interativo e reflexivo, além de buscar a transformação positiva da realidade.

## RESUMO

**Objetivo:** Estabelecer a implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer. **Método:** Pesquisa-ação, em um hospital universitário do Nordeste do Brasil. Participaram nove enfermeiros e treze técnicos de enfermagem da Unidade de Oncohematologia e Transplante de Medula Óssea do referido hospital. A coleta de dados aconteceu em quatro fases e envolveu a técnica do mapa falante, oficinas pedagógicas e o diário de bordo. As falas dos grupos foram codificadas com auxílio do software Maxqda, submetidas à análise temática de Braun e Clarke e interpretadas à luz dos construtos de Paulo Freire. **Resultados:** A fase 1 buscou apreender o saber prévio dos participantes sobre a temática; na fase 2, surgiram propostas para o cuidado espiritual organizado no Processo de Enfermagem; na fase 3, contemplou-se os diagnósticos e plano de cuidados à dimensão espiritual para a prática clínica; e na fase 4, através da avaliação final, foi possível constatar as transformações ocorridas na prática da equipe de enfermagem com a implementação proposta. **Conclusão:** As ações educativas proporcionaram a aprendizagem significativa da equipe de enfermagem e implementação dos diagnósticos e cuidados de enfermagem à dimensão espiritual da pessoa com câncer.

## DESCRITORES

Espiritualidade; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Aprendizagem; Neoplasias.

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la implementación de diagnósticos y cuidados de enfermería para la dimensión espiritual de personas con cáncer. **Método:** Investigación-acción en un hospital universitario del nordeste de Brasil. Participaron nueve enfermeros y trece técnicos de enfermería de la Unidad de Oncohematología y Trasplante de Médula Ósea de este hospital. La recogida de datos se realizó en cuatro fases e incluyó la técnica del mapa parlante, talleres pedagógicos y un cuaderno de bitácora. Los discursos de los grupos se codificaron con el programa Maxqda, se sometieron al análisis temático de Braun y Clarke y se interpretaron a la luz de los constructos de Paulo Freire. **Resultados:** La fase 1 buscó captar los conocimientos previos de los participantes sobre el tema; en la fase 2, surgieron propuestas de cuidados espirituales organizados en el Proceso de Enfermería; en la fase 3, se contemplaron los diagnósticos y el plan de cuidados de la dimensión espiritual para la práctica clínica; y en la fase 4, a través de la evaluación final, fue posible ver las transformaciones ocurridas en la práctica del equipo de enfermería con la implementación propuesta. **Conclusión:** Las acciones educativas proporcionaron aprendizajes significativos para el equipo de enfermería y la implementación de diagnósticos y cuidados de enfermería para la dimensión espiritual de las personas con cáncer.

## DESCRIPTORES

Espiritualidad; Atención de Enfermería; Proceso de Enfermería; Aprendizaje; Neoplasias.

## REFERÊNCIAS

1. Negreiros FDS, Moreira TR, Moreira TMM, Silva LMS, Freitas MC, Guedes MVC. The importance of logical thinking for clinical nursing care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20200473. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200473.en>. PubMed PMID: 35920518.



2. Lima LG, Gonçalves JR. Espiritualidade em pacientes oncológicos: a compreensão da enfermagem na dimensão espiritual. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2020;3(6):12–27. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4292311>.
3. Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões ALA. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20190628. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
4. Freitas RA, Menezes TMO, Santos LB, Moura HCGB, Sales MGS, Moreira FA. Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(73, Supl Suppl 3):e20190034. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>. PubMed PMID: 32667413.
5. Cheng Q, Liu X, Li X, Wang Y, Mao T, Chen Y. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3403. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-4636-4>. PubMed PMID: 30648209.
6. Góes MGO, Crossetti MGO. Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190150. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>
7. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642–56. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>. PubMed PMID: 24842136.
8. Silva LS, Poiães IR, Machado CAM, Lenhani BE, Guimarães PRB, Kalinke LP. Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. *Rev Enf Ref*. 2019;4(23):111–20. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19072>.
9. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol*. 2021;12:674453. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>. PubMed PMID: 34557128.
10. Nascimento LC, de Oliveira FCS, Moreira Santos TF, Pan R, Flória-Santos M, Alvarenga WA, et al. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*. 2016;16(2):179–92. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.6>.
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2021-2023. 12 ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
12. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 54. ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2013.
13. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo (SP): Cortez; 2011.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PubMed PMID: 17872937.
15. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
16. Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan; 2011.
17. Maxqda. Software for qualitative data analysis. Version 2020 plus student [Internet]. 2022 [citado em 2022 Nov 03]. Disponível em: [https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=EA1aIQobChMlka3JuKeq9wIVAsORCh3ASAMfEAAAYASAAEgJN1\\_D\\_BwE](https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=EA1aIQobChMlka3JuKeq9wIVAsORCh3ASAMfEAAAYASAAEgJN1_D_BwE)
18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
19. Wright MT, Burtcher R, Wihofszky P. PartKomplplus: German research consortium for healthy communities—new developments and challenges for participatory health research in Germany. In Wright M, Kongats K, editors. *Participatory health research*. Cham: Springer; 2018. p. 117–26. doi: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8\\_8](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8_8)
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
21. Cardoso RS, Sá SPC, Domingos AM, Sabóia VM, Maia TN, Padilha JMFO, et al. Educational technology: a facilitating instrument for the elderly care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):786–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0129>. PubMed PMID: 29791631.
22. Olympio PCAP, Alvim NAT. Board games: gerotechnology in nursing care practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):818–26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365>. PubMed PMID: 29791637.
23. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 40. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2017.
24. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):640–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>. PubMed PMID: 31269127.
25. Chaves AC, Silva RPSP, Silva CA, Almeida ER. Educação e espiritualidade como experiências fundamentais para humanização em Paulo Freire. *Rev Ciênc & Movim Educ e Direitos Humanos*. 2016;18(37):37–46. doi: <http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cm.v18n37p37-46>.
26. Amestoy SC, Oliveira AFL, Thofehrn MB, Trindade LL, Santos BP, Bao ACP. Contributions of Paulo Freire to understanding the dialogic leadership exercise of nurses in the hospital setting. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e64764. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64764>. PubMed PMID: 28443977.
27. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo(SP): Moraes; 2018.
28. Freire P. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. 3. ed. São Paulo(SP): Paz e Terra; 2016.
29. Vieira SL, Silva GTR. Educação profissional técnica de nível médio em saúde e em enfermagem: diálogo com o pensamento freiriano. *Estud IAT*. 2019;4(2):126–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00255>.

## EDITOR ASSOCIADO

Paulino Artur Ferreira de Sousa

### Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) –  
Código de Financiamento 001. Número do processo: 88887.611693/2021-00



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.