


Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na terapia intensiva


Spiritual care provided by the nursing team to the person in palliation in intensive care

Cuidado espiritual proporcionado por el equipo de enfermería a la persona en paliación en cuidados intensivos

Verônica Matos Batista^a 

Tânia Maria de Oliva Menezes^a 

Raniele Araújo de Freitas^a 

Alinne Nogueira Chaves^a 

Alice de Andrade Santos^a 

Rebeca Santos de Albuquerque^a 

Oswaldo Marques Batista de Almeida^b 

Como citar este artigo:

Batista VM, Menezes TMO, Freitas RA, Chaves NA, Santos AA, Albuquerque RS, Almeida OMB. Cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210330. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210330>

RESUMO

Objetivo: Aprender como ocorre o cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na Unidade de Terapia Intensiva.

Método: Estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva em Salvador, Bahia. A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestruturadas entre janeiro e maio de 2019. Participaram do estudo 14 enfermeiras e 21 técnicas de enfermagem. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin e analisados à luz da Teoria Final de Vida Pacífico.

Resultados: Emergiram duas categorias: 1. Cuidado espiritual prestado através de palavras de otimismo, estímulo a fé e oração; 2. Cuidado prestado através da atenção às necessidades espirituais e da garantia de conforto.

Considerações finais: Embora de forma empírica e não consciente do cuidado espiritual prestado, a equipe de enfermagem oferta apoio com palavras de otimismo, fé, momentos de orações e contribui para o conforto espiritual da pessoa em palição.

Palavras-chave: Enfermagem. Espiritualidade. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

ABSTRACT

Objective: To understand how the spiritual care provided by the nursing team to the person undergoing palliation in the Intensive Care Unit occurs.

Method: Study with a qualitative approach, conducted in an Intensive Care Unit in Salvador, Bahia. Data collection took place through semi-structured interviews between January and May 2019. 14 nurses and 21 nursing technicians participated in the study. The data were submitted to Bardin Content Analysis and analyzed in the light of the Peaceful End of Life Theory.

Results: Two categories emerged: 1. Spiritual care provided through words of optimism, encouragement of faith and prayer; 2. Care provided through attention to spiritual needs and assurance of comfort.

Final considerations: Although empirically and not aware of the spiritual care provided, the nursing team offers support with words of optimism, faith, moments of prayer and contributes to the spiritual comfort of the person in palliation.

Keywords: Nursing. Spirituality. Hospice care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo ocurre el cuidado espiritual prestado por el equipo de enfermería a la persona en paliación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Método: Estudio con enfoque cualitativo, realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos en Salvador, Bahía. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas entre enero y mayo de 2019. Participaron del estudio 14 enfermeros y 21 técnicos de enfermería. Los datos se sometieron al Análisis de Contenido de Bardin y se analizaron a la luz de la Teoría del Final Pacífico de la Vida.

Resultados: surgieron dos categorías: 1. Atención espiritual a través de palabras de optimismo, estímulo de la fe y oración; 2. Atención a través de la atención a las necesidades espirituales y garantía de comodidad.

Consideraciones finales: Aunque empíricamente y desconociendo el cuidado espiritual prestado, el equipo de enfermería ofrece apoyo con palabras de optimismo, fe, momentos de oración y contribuye al confort espiritual de la persona en paliativo.

Palabras clave: Enfermería. Espiritualidad. Cuidados paliativos al final de la vida.

^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

^b Pesquisador autônomo. Salvador, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no conceito definido em 1990, e atualizado em 2002, consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da Qualidade de Vida (QV) da pessoa e seus familiares no enfrentamento de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁽¹⁾.

Os CP podem ser ofertados a todas as pessoas com doenças sem possibilidades terapêuticas, desde o estágio inicial ao término do ciclo. Assim, em ambientes hospitalares, seja na enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o cuidado multidimensional à pessoa deve acontecer de forma ininterrupta pelos profissionais da saúde⁽²⁾.

No que concerne à oferta do cuidado pela equipe de enfermagem, a atenção multidimensional abarca a dimensão biológica, psicológica, social e espiritual; sendo esta última de extrema importância na assistência integral. Portanto, a espiritualidade pode ser considerada como a dimensão mais urgente no contexto das doenças, devido a presença de fragilidades físicas e emocionais desenvolvidas. Sobre isso, pesquisa realizada em uma unidade de CP evidenciou que a adequada atenção espiritual influencia positivamente a pessoa e familiares, tendo em vista que a vivência do processo terminal os auxilia a enfrentar o processo de cuidado no fim de vida⁽³⁾.

Entende-se que a dimensão espiritual é composta pela espiritualidade e religiosidade do ser humano, sendo que a espiritualidade não se refere somente às práticas da religião; envolve valores pessoais e íntimos, traz o que impulsiona a vida e possibilita o crescimento pessoal e a resignificação das vivências, norteando o sentido da vida. Em contrapartida, a religiosidade é a prática da religião, e se refere a um conjunto de crenças, linguagem e práticas dogmáticas que se alicerçam em uma afiliação religiosa, com seus símbolos, rituais, cerimônias e explicações próprias acerca da vida e da morte⁽⁴⁾.

Sabe-se que a espiritualidade é capaz de auxiliar pessoas em CP a resistirem às pressões e desconfortos físicos e psicológicos, promovendo determinação, resiliência e bem-estar⁽⁵⁾. Desse modo, a dimensão espiritual pode ajudar a todos envolvidos no processo de cuidado, a enfrentarem com mais tranquilidade os momentos complexos vivenciados durante o curso da doença.

Embora não exista um consenso sobre o conceito de cuidado espiritual, estudo analisando conceitos estabelecidos em diversos países definiu o cuidado espiritual como um processo estruturado, centrado no paciente levando

em consideração a sua compreensão do ser e do existir no mundo, podendo o profissional identificar problemas de cunho espiritual e/ou religioso que possuía um sentido estável ou entrou em colapso, e assim, sistematizar cuidados a cerca dessas necessidades espirituais e religiosas⁽⁶⁾.

Contudo, promover o cuidado espiritual dentro da UTI é uma intervenção desafiadora, por ser um setor do ambiente hospitalar planejado para promover assistência invasiva e curativista às pessoas que estão em estado grave, por vezes na iminência da morte, o que angústia e amedronta os envolvidos, principalmente os acometidos por doenças fora da possibilidade terapêutica.

Nesse cenário, faz-se necessário que a dimensão espiritual seja contemplada pela equipe de enfermagem, e incluída no plano de cuidados⁽⁷⁾, a fim de promover um estado de paz, equilíbrio e bem-estar, sugerido pelo arcabouço da Teoria Final de Vida Pacífico (TFVP), teoria de médio alcance⁽⁸⁾.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de profissionais preparados para lidar com os desafios vivenciados por pessoas e familiares durante a internação hospitalar, principalmente na UTI, onde nota-se a predominância das tecnologias duras, sendo representada pelos equipamentos e máquinas e os materiais concretos que ocupam o ambiente hospitalar, que denotam a prática do cuidado e a prática do modelo biomédico⁽⁹⁾.

Embora a literatura nacional e internacional seja vasta a cerca dos CP, observa-se uma escassez nas publicações sobre o cuidado espiritual da equipe de enfermagem na UTI, a despeito do fim de vida, sendo que na realidade brasileira, muitos desses pacientes são tratados na referida unidade.

Nesse contexto, emergiu a seguinte questão norteadora: Como se dá o cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem a pessoa em palição na Unidade de Terapia Intensiva? Para tanto, o objetivo desta pesquisa é: Aprender como ocorre o cuidado espiritual prestado pela equipe de enfermagem à pessoa em palição na Unidade de Terapia Intensiva.

METODO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, recorte de um projeto matriz intitulado: "Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria do Final de Vida Pacífico".

A pesquisa foi realizada na UTI Imunológica de um hospital privado no município de Salvador, Bahia, Brasil. Participaram do estudo 14 enfermeiras e 21 técnicas de enfermagem. A escolha dessa categoria profissional deu-se pelo perfil das competências profissionais da enfermagem e a proximidade da área com o objeto de estudo.

A unidade selecionada para o estudo não possui leitos para pessoas em CP, por isso, os critérios de inclusão foram: Profissionais de enfermagem com experiência maior que um ano no cuidado à pessoa em CP na UTI, o que sugere tempo suficiente para contato com pacientes em palição; e, Profissionais de enfermagem pertencentes ao quadro permanente da unidade. Os critérios para exclusão foram os profissionais que estavam afastados por licença médica, caracterizados pela previdência social, ou maternidade e férias.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e maio de 2019, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, após apresentação do objetivo do estudo aos profissionais elegíveis, mediante a entrevista individual presencial previamente marcada nos turnos matutino, vespertino ou noturno, com duração média de 15 a 25 minutos.

O instrumento para a coleta dos depoimentos foi um roteiro semiestruturado, composto por duas partes. A primeira, com dados de caracterização dos participantes, e a segunda, com oito questões abertas que buscavam resposta ao objeto do estudo, quais foram: Como você tem cuidado do paciente em CP na UTI?; Você encontra facilidades e/ou dificuldades para cuidar do paciente em CP na UTI?, caso afirmativo quais?; Que ações você executa e considera como pertencentes aos CP na UTI?; Na sua opinião quais são as principais necessidades básicas do paciente em CP na UTI?; Quando o paciente e/ou família refere medo e/ou ansiedade, como você cuida dos aspectos emocionais?; Quais ações você desenvolve para que os pacientes em CP tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam?; Como você se comunica com o seu paciente em CP na UTI?; Como você se comunica com os membros da equipe multi profissional sobre o paciente em CP?.

Os depoimentos foram coletados no local de trabalho, em uma sala reservada. A fim de garantir o aproveitamento das informações, as falas foram gravadas com a utilização de um aparelho áudio digital, e posteriormente, transcritas na íntegra. Ao final, a gravação foi apresentada para cada entrevistado, para seu conhecimento e aprovação. Após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, anteriormente as gravações, foi apresentado o Termo de consentimento de Livre Esclarecido, para autorização formal da sua participação de cada entrevistado. As entrevistas foram encerradas ao atingir a saturação dos dados, momento em que informações novas não mais surgiram⁽¹⁰⁾.

Consequente as entrevistas, os depoimentos transcritos na íntegra foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹¹⁾, através das etapas: 1) Pré-análise, com a realização de leituras exaustivas do material e organização do mesmo; 2) Exploração do material, onde o texto das entrevistas foi recortado em unidades de registro (palavras,

frases, parágrafos) e agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, o que possibilitou as inferências; 3) Tratamento dos resultados e interpretação, fase em que houve a síntese dos resultados, condensação dos elementos fundamentais de uma mensagem relacionada ao objeto de investigação e captação dos conteúdos latentes contidos em todo o material coletado. Por fim, os dados foram discutidos à luz dos conceitos da TFVP⁽⁸⁾.

Publicada em 1998, pelas enfermeiras Cornelia Ruland e Shirley Moore, a TFVP, considerada uma teoria de médio alcance, tem como objetivo promover QV às pessoas em fase terminal, propondo alívio da dor, desconforto e angústia; manutenção de esperança e significado; estabelecimento de confiança entre o paciente/família/enfermeiro; respeito pela integridade do paciente e a família, enfatizando seu direito a tomada de decisão; orientação prática das questões que possam surgir com base na situação em que engloba a morte do paciente envolvido⁽⁸⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer no 2.890.509 e CAAE 93808218.9.0000.0048. A pesquisa seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de garantir o anonimato, todas as entrevistas foram codificadas, utilizando as letras "E" correspondente a Enfermeira e "TE", Técnica de Enfermagem, seguidas do número da ordem das entrevistas de cada categoria.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 35 profissionais da enfermagem, sendo 14 enfermeiras e 21 técnicas de enfermagem. Destes, 27 são do sexo feminino e oito, sexo masculino. Este dado evidencia a predominância do sexo feminino entre as profissionais da enfermagem vinda da relação histórica entre a figura feminina e a prestação do cuidado. A faixa etária variou entre 23 e 53 anos.

Quanto à pós-graduação em UTI, 13 enfermeiras possuíam especialização e um possuía residência em oncologia. Ressalta-se que, todos os participantes já haviam trabalhado com pessoas sob cuidados críticos e em palição, nenhum profissional técnico possuía curso de atualização e/ou extensão com área correlata.

Sobre a religião, 20 participantes afirmaram ser católicos, oito evangélicos, três espíritas, um testemunha de Jeová e três informaram não possuírem afiliação religiosa. Em relação ao tempo de atuação na UTI houve uma variação de dois a 28 anos de experiência.

O estudo se mostra inovador, por trazer resultados a partir de entrevistas com enfermeiras e técnicas de enfermagem que vivenciam a rotina em Unidade de Terapia Intensiva com

os CP, e pode contribuir para inserção do cuidado espiritual à prática da equipe de enfermagem na assistência a esse perfil de pessoas hospitalizadas, que muitas vezes trazem tal demanda.

Após análise dos depoimentos, emergiram as seguintes categorias temáticas: 1. Cuidado espiritual prestado através de palavras de otimismo, estímulo a fé e oração; e, 2. Cuidado prestado através da atenção às necessidades espirituais e da garantia de conforto.

1. Cuidado espiritual prestado através de palavras de otimismo, estímulo a fé e oração

Quando a pessoa internada na UTI e/ou seus familiares referem medo e/ou ansiedade, os participantes utilizam a espiritualidade por meio da fé e palavras de otimismo para ofertarem o acolhimento e cuidado espiritual, conforme falas a seguir:

[...] Eu procuro conversar, não é? Do meu jeito como profissional, procuro passar para ele algo de mensagem de fé, que não esqueça que Deus existe. (TE01)

Muitas vezes você tem que passa para seu paciente uma Paz de Espírito, conversar com ele de Deus, pois, não necessariamente precisa ser católico, religioso para falar de Deus, entendeu, a Fé está dentro de cada um de nós, basta você ter e crer. Eu procuro fazer dessa forma. (TE19)

Eu tento levar para a parte religiosa, é o que eu faço. Eu tento abraçar aquela pessoa que está se mostrando com medo e tento levar para a parte religiosa, sempre pergunto, se em que eles acreditam independente da sua religião: candomblé, católico, apostólico, mas se ele crê em Deus, nós vamos pensar juntos aqui e vamos, não é? Torcer para que seja o melhor para o paciente. (E01)

Diante do medo e ansiedade apresentados pelas pessoas e familiares, a equipe de enfermagem oferta o cuidado espiritual através de práticas como orações e rezas compartilhadas.

Dessa forma, observa-se que esse público vivencia momentos valorosos e fortalecem os laços entre atores sociais envolvidos, como pode ser observado nas falas a seguir.

[...] Eu acolho toda família, se a família quer fazer uma oração, uma despedida, já passei por vários momentos assim, acolho no momento, converso, ofereço meu ouvido, é, a gente escuta bastante, escuta mais do que falar nesse momento... (E06)

Assisto a família com uma palavra de apoio e permito-me a participar quando eles querem fazer uma oração,

então, eu tento suprir isso, aí acho que consigo atender os aspectos emocionais[...]. (E11)

Eu falo de Deus, digo para entregar a ele e esperar, ter fé. Se gostar de rezar, rezo com eles também, sempre procuro falar coisas positivas, acho que ajuda. (TE11)

Para a pessoa que está enfrentando momentos de dor, ansiedade, desafios emocionais, o acolhimento através da espiritualidade pode possibilitar que ela encontre o sentido da vida diante das dificuldades envolvida no processo do cuidado, conforme relatado abaixo pelos participantes:

Falo do conforto, de Deus para que eles peçam força, mas a espiritualidade, que nesses casos é bem importante, os pacientes se apeguem a Deus ao espiritualismo, procuro alegrar o ambiente, converso sobre outras coisas[...]. (TE13)

Quando percebo que o paciente está ansioso, com medo do tratamento, procuro passar palavras positivas, geralmente procuro saber se é religioso e pertencente a qual religião, se é cristão, caso sim! então ore, clame e peça a Deus que vai dar tudo certo, acredite, tenha fé. É naquele momento que você passa sua positividade, acredito que você toca um pouquinho. (TE16)

Eu converso com a pessoa tentando acalmá-la, procuro passar palavras positivas e tento mostrar que aquela situação é passageira. (TEC 17)

Eu tento acolher, conversar um pouco, falo palavras de fé [...] escuto o que eles falam. (E10)

2. Cuidado prestado através da atenção às necessidades espirituais e da garantia de conforto

Ao serem questionados sobre quais as ações mais importantes dos CP, os participantes comentaram que a equipe, por vezes, não consegue abordar a espiritualidade que se mostra subjetiva e de difícil acesso, embora reconheçam que ela é importante para o cuidado, visto que proporciona conforto. Sobre isso, um participante confirma que a dor pode ir além do físico, ao mencionar "dor espiritual", podendo ser reconhecida através de criação de vínculo e confiança com a pessoa em CP.

Eu acho que a gente não faz cuidados paliativos na UTI [...] porque a gente não faz, a gente não trabalha a parte social, a gente não consegue, a gente não foi preparada para trabalhar a parte espiritual do paciente.

eu busco é, me aproximar um pouco mais, tentar criar um vínculo com o paciente [...] dar um pouco mais de conforto, mas você trabalhar essa parte a dor espiritual, as outras questões relacionadas àquilo que a gente não consegue visualizar o subjetivo, é muito difícil, eu tento criar primeiro um vínculo com o paciente. (E05)

Diante destes pacientes, eu procuro proporcionar conforto estar atento para que não sinta dor, estar sempre confortável, bem-estar, que ele fique em paz. (TE15)

Eu tento passar confiança, digo para ter fé em Deus. (TE20)

A religiosidade, inserida na dimensão espiritual, também demarcou a sua relevância para os profissionais como benefícios para a pessoa que vivencia uma doença sem terapêutica, e mais uma vez, os participantes compreendem a dimensão espiritual como recurso terapêutico e uma possibilidade de proporcionar o conforto, à medida que fortalece e ampara, conforme observado nas falas a seguir:

Na minha opinião, o que mais este paciente precisa é de conforto, porque já está em sofrimento então entrego ele a Deus e procuro dar uma boa assistência [...]. Minhas ações são sempre de incentivar a trazer um livro que o paciente goste ou até a bíblia se tiver religião e lê para ele, então procuro levar para este lado religioso porque eles se sentem mais aliviado tanto os familiares como o paciente. (TE11)

A gente, por exemplo, não pergunta se tem necessidade de uma visita de um pastor ou da visita de um líder espiritual. Eu acho que isso acaba ficando realmente muito a desejar. (E11)

[Sobre as ações importantes para o CP]. Eu acho que é a espiritualidade, quando o paciente já tem consciência da terminalidade, alguns pacientes hoje já demonstram, e aí o que eu posso fazer permanecer dentro da minha orçada. (E14)

As falas acima também reforçam que a pessoa sob cuidados de final de vida, também movimenta internamente os participantes o que reforça a sua empatia e respeito religioso, manifestando que o cuidado para além do físico é necessário, possível e emergente, considerando, assim, a pessoa e não a doença.

Reforçando que por meio da religiosidade e espiritualidade é possível oferecer conforto à pessoa em CP, também houve relato acerca da espiritualidade e crença do profissional como fator positivo para o entendimento dos resultados benéficos da dimensão relatada, e até compreensão sobre a vida e a morte.

A parte espiritual. Visto que vai de acordo com meu preceito básico de religião, como eu sou uma pessoa que tenho uma base religiosa no cristianismo, e acho

existe um processo de morte e que essa pessoa em fim de vida, vai estar passando outro plano espiritual, então eu acho que proporcionar a ele uma realização desse fim de vida para outro plano espiritual é o principal. (E14)

Eu gosto de conversar, quando está lúcido pergunto sobre a família, conto sobre meus filhos. Às vezes, até falo de religião. Tem uns que gostam aí começam a desabafar, isto principalmente na hora do banho de leito que demora um pouco mais, faço de tudo para que ele fique bem a vontade e converse sobre o que quiser. (TE10)

■ DISCUSSÃO

Os participantes do estudo referem que utilizam palavras de apoio e o estímulo a fé em Deus, para promover conforto à pessoa e familiares nos períodos em que o medo transpõe junto à vontade de viver. Essas atitudes evidenciam uma sensibilidade dos profissionais para lidarem com a dor do próximo, sinalizando, assim, para uma assistência integral pautada na valorização da dimensão humana, que transcende o físico.

Estudo realizado em um hospital na Paraíba corrobora com os achados, e infere que a fé e a esperança são apontadas pelos profissionais de enfermagem como necessidades espirituais encontradas nas pessoas em CP. Sendo assim, compreende-se que a fé é capaz de contribuir para desenvolvimento da confiança e força da pessoa para o enfrentamento e reflete diretamente na melhora de seu quadro, mesmo diante de um processo de finitude⁽⁵⁾.

Para além do suporte oferecido pelos profissionais da enfermagem através do desenvolvimento da prática da fé, participantes trouxeram que a crença nas religiões pode ajudar pessoas em palição e familiares, à medida que proporciona conforto diante da experiência inesperada de doença e proximidade da morte, sendo o despertar da fé uma fonte de crescimento, fortalecimento, de regeneração ou de evolução⁽¹²⁾.

Portanto, os depoimentos dos enfermeiros e técnicos refletem que os profissionais de saúde utilizam a religiosidade, a espiritualidade e da fé de cada pessoa para promover conforto. Tais atitudes corroboram com a TFVP no que tange a um dos seus pilares sobre a busca em promover o estado em paz, que é proporcionar a pessoa tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais^(7,13). Nesse contexto, o cuidado da equipe de enfermagem pode minimizar as aflições e fornecer apoio para que o momento de finitude se torne menos doloroso.

Os participantes relataram que, para a promoção do estado de estar em paz e experimentar o conforto da alma, podem ser estimuladas orações e conexões com o sagrado em pessoas sob CP na UTI. Sendo assim, os resultados encontrados no estudo coadunam com o que propõe a TFVP⁽⁸⁾.

No momento em que os participantes sinalizam a disponibilidade de realizar orações juntamente com a pessoa em CP e familiares, respeitando a crença de cada um, acreditam estarem promovendo o cuidado espiritual. Sobre isso, pessoas com doenças sem possibilidades terapêuticas manifestam necessidades de vivenciar suas crenças religiosas e a permissão e apoio por parte da equipe de saúde dentro das possibilidades e das práticas religiosas rotineiras no ambiente hospitalar⁽⁵⁾.

Alguns participantes relataram que o estímulo a espiritualidade e religiosidade é importante e promove conforto e bem-estar a pessoa enferma. Estudo realizado com equipe multiprofissional evidenciou que todos os profissionais relataram o conforto como elemento essencial do CP na UTI⁽¹⁴⁾. Sobre isso, a TFVP propõe que a pessoa experimente o conforto, sendo este denominado como alívio do desconforto, o estado de facilidade e contentamento pacífico, o que torna a vida mais fácil ou prazerosa⁽⁸⁾.

Em concordância, estudo evidencia que as palavras de conforto e otimismo são vistas pelos profissionais da enfermagem como um cuidado espiritual, pois é uma necessidade que alimenta a alma e fortalece a pessoa diante as adversidades⁽⁵⁾. Em outro estudo, os profissionais relataram que, por meio da espiritualidade, é possível oferecer conforto na assistência a pessoa em CP⁽¹⁵⁾.

As necessidades espirituais de pacientes terminais e familiares são pouco reconhecidas e abordadas na UTI, onde a dimensão biológica, a tecnologia e a eficiência são focadas. Entretanto, a UTI é potencialmente um cenário promissor para refletir sobre experiências e impulsionar expressões da espiritualidade⁽¹⁶⁾.

Com as falas dos participantes, foi possível observar a necessidade do preparo da equipe de enfermagem para abordar a temática na prática clínica, para que seja possível ofertar um cuidado integral, especializado, sensível e significativo para o binômio paciente-família. Estudos apontam que as necessidades espirituais possuem valor de destaque na atenção à pessoa em CP, visto que sua identificação possibilita aos profissionais da saúde auxiliá-los a enfrentar o processo de enlutamento e luto⁽³⁾.

Estudo na Coreia do Sul discorre que considerar que as pessoas são seres espirituais (sejam eles religiosos ou não) pode ser um dos mais fortes preditores à equipe de enfermagem na prestação de cuidados espirituais para pessoas com doenças ameaçadoras à vida. Com isso, o cuidado espiritual

deve enfatizar a identificação e a resposta às necessidades do espírito humano, incluindo aspectos da espiritualidade por meio de relacionamento compassivo a pessoa em CP⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, com as falas dos participantes compreende-se que a enfermagem tem potencial para ofertar o cuidado espiritual, mas necessita incluir tal abordagem em sua prática cotidiana, principalmente quando esse cuidado é direcionado a pessoas em CP. A percepção dos participantes sobre as práticas de orações, leitura e fortalecimento espiritual no CP corrobora com os conceitos da TFVP, que sugere a identificação das necessidades básicas de cada pessoa para construção de um plano de cuidados, pautado em evidências científicas, direcionado para a promoção do conforto⁽⁸⁾.

Os participantes também relataram a dificuldade em acolher pessoas em CP quando observam a necessidade de um cuidado subjetivo, que transcende o físico. Relataram que, por vezes, não prestam o cuidado espiritual, à pessoa e seus familiares por não se sentirem preparados para sanar tal demanda, embora reconheçam a importância da dimensão espiritual nos CP, sobretudo, da necessidade de prática religiosa, seja por prática pessoal e/ou visita de líderes religiosos.

O distanciamento dos participantes é um fator que interfere ao cuidado e pode ser associado a negação da finitude, pois, ao vivenciarem o processo de morte e morrer, principalmente ao se reportarem a uma pessoa jovem, os participantes observam-se despreparados para reconhecer suas limitações profissionais e se despedirem de pessoas com uma faixa etária menor, principalmente na UTI, onde predomina o modelo curativista e a presença de tecnologias duras no processo de cuidar. Corroborando, estudo elucida que, embora a morte faça parte da rotina do hospital, ainda existe uma resistência em falar do assunto por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

Estudo evidenciou que as questões espirituais da pessoa em CP é facilitada pela sua crença sobre a morte e sua religiosidade, evidenciando que o profissional que não consegue lidar com sua própria dimensão espiritual terá mais dificuldade em lidar com a morte do outro e, possivelmente, se afastará desse cuidado, manifestando isso na fragmentação do ser humano, com ênfase no biológico, ou referindo-se a ele por meio da sua doença ou de seus sintomas físicos⁽¹⁴⁾.

Os participantes comentaram que é difícil para a pessoa e seus familiares saberem da condição de proximidade da morte, e afirmaram que esse sentimento também perpassa entre eles. Tais discursos chamam a atenção para a necessidade de suporte e atenção emocional e espiritual e reforça que a equipe necessita desenvolver a rotina de um olhar sensível, para além do cuidado físico, com suporte para a família, que pode vivenciar sofrimento, e nesse processo de angústia solicitam respostas e até esperança de cura.

Nesse sentido, é importante que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada para estimular a prática da espiritualidade nos CP, reconhecendo que esta possui uma gama de sentidos diversos para a pessoa, inclusive respondendo aos questionamentos da sua própria existência. Entendendo isso, os profissionais da enfermagem que atuam em CP, podem dar mais sentido ao seu processo de trabalho nessa temática, por lidarem com a terminalidade do outro e preparo para uma boa morte⁽¹⁴⁾. Assim, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem a dimensão do cuidado espiritual do ser enquanto uma ferramenta para a promoção do conforto às pessoas em CP.

O conforto, associado ao alívio da dor, aproximação com entes queridos, promoção de dignidade e respeito, além da experiência de paz são conceitos da TFVP, que se aproximam com os princípios dos cuidados paliativos⁽¹²⁾.

Desse modo, salienta-se que, o cuidar de pessoas em situações com proximidade da morte, exige mais que um conhecimento científico e técnico, requer a compreensão dos aspectos de singularidade da pessoa cuidada, consideração de questões subjetivas, éticas, sociais e culturais e os hábitos que propicie o estar em paz em todas suas dimensões⁽¹⁹⁾, em concordância com a TVFP⁽⁸⁾.

A espiritualidade é um termo que denota inúmeros significados. Por esse motivo, pode dificultar o atendimento dos profissionais às necessidades espirituais das pessoas adoecidas, assim como a produção de instrumentos adequados que possam avaliar as questões espirituais e religiosas daquelas sob cuidados paliativos.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apreendeu que a equipe de enfermagem oferta o cuidado espiritual com palavras de otimismo, fé, momentos de orações, possibilitando fortalecer o elo entre equipe, pessoa em CP e família, sendo esta dimensão do cuidado a provedora de paz, tranquilidade e equilíbrio de alguns pessoas e familiares, durante o enfrentamento de situações ameaçadoras da vida, com serenidade e resiliência.

Apesar do acolhimento à pessoa em CP e familiares, o estudo elucidou que profissionais reconhecem a importância da dimensão espiritual no processo de cuidar, mas demonstram medo e revelam dificuldades, quando se depararem com a finitude, evidenciando a fragilidade de alguns profissionais para oferta desse cuidado à pessoa com uma doença ameaçadora à vida.

Acerca das limitações deste estudo, infere-se a realização em um único hospital, o que pode não corresponder às realidades vivenciadas em outros locais, destacando, assim, a necessidade de ampliação de estudos sobre a temática em outros cenários de cuidado em UTI, para que seja possível fortalecer a multiplicação do conhecimento sobre o cuidado espiritual à pessoa em cuidados de final de vida pacífico.

À luz da TFVP, observa-se que o conforto foi associado como possibilidade através da espiritualidade e religiosidade para promoção do fim de vida pacífico, e desperta para a possibilidade de se resgatar a assistência de enfermagem pautada em teorias.

Diante do exposto, é relevante que profissionais da equipe de enfermagem estejam aptos a promoverem o cuidado espiritual, com a inserção deste no processo de enfermagem e sistematização da assistência, visto que para prática do cuidado integral tornam-se necessário considerar as múltiplas dimensões do ser humano biopsocossocioespiritual.

No ensino, acredita-se que os fundamentos e as práticas associadas ao cuidado espiritual podem ser incorporados ao currículo de todas as áreas do conhecimento, em especial da enfermagem, para que haja formação de profissionais mais seguros para o cuidado que vai além do físico.

Para a gestão dos serviços, o estudo sinaliza que competências, treinamentos e ferramentas de avaliação devem ser desenvolvidos, na busca de contribuir para ampliação do conhecimento entre os profissionais na assistência à saúde acerca da necessidade do cuidado espiritual, a fim de proporcionar a assistência integral à pessoa em CP. Por fim, sugere-se novos estudos com a aplicação da TFVP no cuidado à pessoa que vivencia a doença sem possibilidades terapêuticas e seus familiares.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Dec 8]. WHO definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):222-30. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>.
3. Crize LB, Noguez PT, Oliveira SG, Bezerra BCC. Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. *Salusvita*. 2018 [citado 2021 dez 6];37(3):577-97. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_08.pdf.
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(Suppl 3):e20190034. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>.

5. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abraão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):176-82. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.
6. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol*. 2021;12:674453. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>.
7. Tavares AL, Devezas AML, Repetto MA, Santos LSC. Atenção do enfermeiro em relação a espiritualidade no cuidar do paciente em unidade de terapia intensiva. *Rev Recien*. 2020 [citado 2021 dez 6];10(30):62-7. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/265>.
8. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peace full end of life. *Nurs Outlook*. 1998;46(4):169-75. doi: [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0).
9. Souza NS, Souza TSB, Chagas FRC, Silva NF, Silva SV, Silva CC. Repercussions of care technologies in intensive care units. *J Nurs UFPE online*. 2018;12(10):2864-72. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236449p2864-2872-2018>.
10. 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://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
12. Barbosa RMM, Ferreira JLP, Melo MCB, Costa JM. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Rev SBPH*. 2017 [citado 2021 dez 5];20(1):165-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a10.pdf>.
13. Zaccara AAL, Costa SFG, Nóbrega MML, França JRFS, Morais GSN, Fernandes MA. Analysis and assessment of the peace full end of life theory according to Fawcett's Criteria. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2920017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>.
14. Pires IB, Menezes TMO, Cerqueira BB, Albuquerque RS, Moura CGB, Freitas RA, et al. End-of-life comfort in intensive care: the perception of the multidisciplinary team. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20190148. doi: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00148>.
15. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. doi: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
16. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, Rose T, Hand-Breckenridge T, Boyle A, et al. Experiences and expressions of spirituality at the end of life in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195(2):198-204. doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201606-11020C>.
17. Kang KA, Kim SJ, Kim DB, Park MH, Yoon SJ, Choi SE, et al. A meaning-centered spiritual care training program for hospice palliative care teams in South Korea: development and preliminary evaluation. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):30. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00718-1>.
18. Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers bioét*. 2018;22(2):288-302. doi: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>.
19. Nascimento LC, Oliveira FCS, Santos TFM, 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: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.6>.

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Verônica Matos Batista, Rebeca Santos de Albuquerque, Tânia Maria de Oliva Menezes, Raniele Araújo de Freitas, Alice de Andrade Santos.

Análise formal: Verônica Matos Batista, Tânia Maria de Oliva Menezes, Rebeca Santos de Albuquerque, Alinne Nogueira Chaves, Raniele Araújo de Freitas, Alice de Andrade Santos, Oswaldo Marques Batista de Almeida.

Investigação: Verônica Matos Batista, Tânia Maria de Oliva Menezes, Rebeca Santos de Albuquerque.

Metodologia: Alinne Nogueira Chaves, Raniele Araújo de Freitas, Alice de Andrade Santos; Oswaldo Marques Batista de Almeida.

Administração de projeto: Verônica Matos Batista, Tânia Maria de Oliva Menezes.

Validação: Alinne Nogueira Chaves, Oswaldo Marques Batista de Almeida.

Visualização: Alinne Nogueira Chaves, Oswaldo Marques Batista de Almeida.

Escrita - rascunho original: Verônica Matos Batista, Tânia Maria de Oliva Menezes, Rebeca Santos de Albuquerque, Raniele Araújo de Freitas, Alice de Andrade Santos.

Escrita - revisão e edição: Verônica Matos Batista; Tânia Maria de Oliva Menezes, Rebeca Santos de Albuquerque, Raniele Araújo de Freitas; Alice de Andrade Santos:

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Verônica Matos Batista

E-mail: veronicaenf@hotmail.com

Recebido: 10.12.2021

Aprovado: 11.04.2022

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti