



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PETHERSON MENDONÇA DOS SANTOS

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE ESPIRITUAL/RELIGIOSO NO CENÁRIO DO PACIENTE
CRÍTICO PARA FAMILIARES E ENFERMEIROS**

**BRASÍLIA – DF
2020**

PETHERSON MENDONÇA DOS SANTOS

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE ESPIRITUAL/RELIGIOSO NO CENÁRIO DO PACIENTE
CRÍTICO PARA FAMILIARES E ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marcia Cristina da Silva Magro

**BRASÍLIA – DF
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Petherson Mendonça.

Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros / Petherson Mendonça dos Santos. Brasília: [s.n], 2020.

75p.: il.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2020.

Orientação: Marcia Cristina da Silva Magro

1. Espiritualidade 2. Paciente crítico 3. Humanização 4. Família 5. Enfermagem
I. Santos, Petherson Mendonça II. Título: Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros

SANTOS, Petherson Mendonça

Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros

Artigo apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof^a. Dr^a Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a. Dr^a Michelle Zampieri Ipólito
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a. Dr^a Josiane Maria Oliveira de Souza
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua misericórdia e sabedoria de Pai para comigo e à Virgem Maria, por sua intercessão materna.

Aos meus pais Petronílio e Claudiane, pelo dom da vida que me concederam, por tudo o que são, o que já fizeram, e abdicaram de vocês mesmos por mim e pelos meus irmãos. Especialmente, por terem me incentivado e apoiado na trajetória dos estudos. Gratidão também aos meus irmãos Giovanna e Miguel, pela alegria que trazem à família!

Aos meus familiares, particularmente, à minha querida avó Sílvia!

Aos meus amigos, por todo apoio, estímulos e orações!

À Prof^a Dr^a Marcia Magro, minha orientadora, cuja postura acadêmica e profissional, o conhecimento científico e a humildade são um exemplo vivo do ser enfermeiro para mim. Gratidão pela oportunidade de crescimento e amadurecimento, pela paciência e incansável dedicação que recebi de sua pessoa no decorrer da graduação e neste trabalho.

Às professoras Dr^a Josiane Maria Oliveira de Souza e Dr^a Michelle Zampieri Ipolito, por aceitarem compor a banca de defesa do TCC.

À Prof^a Dr^a Raquel Candido Ylomas Vasques, por sua solicitude em autorizar a utilização da escala SSCRS validada para o Brasil neste estudo.

À enfermeira Tatiana Magalhães, da UTI do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e à Raquel Fonseca, chefe de enfermagem do Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), pela colaboração no desenvolvimento deste estudo. Assim como a todos os enfermeiros dessas unidades pela participação na pesquisa. Sou, igualmente, grato às psicólogas Ingrid Conceição (HRSAM) e Graziela Nogueira (HRC) e à servidora Ana Cláudia Santana (HRSAM) por sua fundamental contribuição.

Aos familiares dos pacientes que aceitaram participar deste estudo, minha sincera e profunda gratidão, bem como respeito.

Aos colegas acadêmicos de medicina, Kirliane de Sousa e Lucas Andrade por somarem forças na coleta de dados da presente pesquisa.

À Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (UnB/FCE), pela oportunidade de formação acadêmica, de construção profissional e de crescimento como pessoa, expressa, por meio dos professores, dos funcionários e dos colegas da turma XV de Enfermagem.

Ao Grupo de Oração Universitário (GOU) São Rafael Arcanjo, da UnB/FCE, um presente recebido durante os 5 anos de graduação e um celeiro de amizades sólidas!

A todos vocês,

Muito obrigado!

“O nosso pensamento deve estar voltado para onde está o nosso tesouro. Esta é a mais bela profissão do homem: rezar e amar. Se rezais e amais, eis aí a felicidade do homem sobre a terra.” (São João Maria Vianney)

SANTOS, P.M. Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, 2020. 75 p.

RESUMO

Objetivo: Identificar a influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros. **Método:** estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal desenvolvido na UTI de dois hospitais públicos do Distrito Federal. A amostra foi de conveniência e constituiu-se de enfermeiros intensivistas (n=22) e dos familiares (n=61) dos pacientes críticos. A coleta de dados para o grupo enfermeiros, ocorreu a partir da aplicação da escala *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) do tipo likert, validada para a enfermagem brasileira e, para os familiares adotou-se um questionário estruturado com questões relacionadas a características sociais, demográficas, profissionais e religiosas. Para análise estatística foram utilizados os testes Exato de Fisher e Mann-Whitney, conforme apropriado. Realizou-se análise descritiva dos dados e considerados significativos os resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Dos 22 enfermeiros, 77,3% se declararam do sexo feminino, com idade mediana de 35 anos, sendo predominante o cargo de enfermeiro assistencial (77,3%). Os enfermeiros intensivistas informaram que podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente ($p=0,03$). Independente do cargo e da carga horária, os profissionais declararam que podem oferecer cuidado espiritual (59,1%; $p=0,048$), por se considerarem aptos ($p=0,03$) e 54,4% acredita que pode fornecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes, entretanto somente 27,3% informou conseguir oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas. Entre os 61 familiares, 60,7% se declarou do sexo feminino, o grau de parentesco mais frequente durante o horário de visita familiar foi o de filho (36,1%). A religião católica foi mais prevalente entre os familiares, 52,5%. Menos da metade dos familiares concluiu o ensino médio (37,7%). Ainda, 88,5 % dos membros familiares acreditam que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis, também consideram a oração como parte do cuidado no cenário de assistência ao paciente crítico ($p=0,02$) e concordam que a visita de algum provedor espiritual pode influenciar no conforto tanto da família como do paciente ($p=0,04$). **Conclusão:** O suporte espiritual/religioso foi reconhecido pelos enfermeiros intensivistas e familiares de pacientes críticos como significativo no processo de cuidar, reforçando a necessidade de atenção para com essa dimensão, como um componente relevante de humanização no cenário de cuidados intensivos.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Família; Espiritualidade; Humanização da Assistência; Enfermagem

SANTOS, P.M. Influence of spiritual/religious support in the critical patient scenario for family members and nurses. Completion of course work (Nursing Course) - University of Brasilia, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia, Brasilia, 2020. 75 p.

ABSTRACT

Objective: To identify the influence of spiritual/religious support in the critical patient scenario for family members and nurses. **Method:** quantitative, exploratory, descriptive, and cross-sectional study developed in the ICU of two public hospitals in the Federal District. The sample was of convenience and consisted of intensive care nurses (n = 22) and family members (n = 61) of critically ill patients. Data collection for the group of nurses occurred based on the application of the Likert-type *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)*, validated for Brazilian nursing and, for family members, a structured questionnaire with questions related to characteristics was adopted. social, demographic, professional, and religious. Fisher's exact and Mann-Whitney tests were used for statistical analysis, as appropriate. Descriptive and inferential analysis of the data was performed and results with $p \leq 0.05$ were considered significant. **Results:** Of the 22 nurses, 77.3% declared themselves to be female, with a median age of 35 years, with the predominant role of assistant nurse (77.3%). Intensive care nurses reported that they can offer spiritual care by dedicating time to the patient ($p = 0.03$). Regardless of the position and workload, the professionals declared that they can offer spiritual care (59.1%; $p = 0.048$), as they consider themselves apt ($p = 0.03$) and 54.4% believe that they can provide spiritual care respecting patients' privacy, dignity and religious and cultural beliefs, however only 27.3% reported being able to offer it by listening and allowing patients and their families to have time to discuss and explore their fears, anxieties, and problems. Among the 61 family members, 60.7% declared themselves to be female, the most frequent degree of kinship during family visiting hours was that of a child (36.1%). The Catholic religion was more prevalent among family members, 52.5%. Less than half of family members completed high school (37.7%). Still, 88.5% of family members believe that religiosity/spirituality helps in facing difficult moments, they also consider prayer as part of care in the critical patient care scenario ($p = 0.02$) and agree that the visit of some spiritual provider can influence the comfort of both the family and the patient ($p = 0.04$). **Conclusion:** Spiritual/religious support was recognized by intensive care nurses and family members of critical patients as significant in the care process, reinforcing the need for attention to this dimension, as a relevant humanization component in the intensive care scenario.

Descriptors: Intensive Care Units; Family; Spirituality; Humanization of Assistance; Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra de enfermeiros de acordo com as características sociodemográfica e de formação. Brasília, 2020	18
Tabela 2- Distribuição das respostas das questões referentes ao Fator Cuidado Espiritual da escala Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) pelos enfermeiros. Brasília, 2020.....	19
Tabela 3- Tabela 3 Correlação das questões da SSCRS de acordo com o sexo dos participantes. Brasília, 2020.	21
Tabela 4- Correlação das questões da (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale) SSCRS de acordo com o cargo dos participantes. Brasília, 2020.....	22
Tabela 5- Correlação das questões da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) conforme a carga horária dos participantes. Brasília, 2020.	23
Tabela 6 - Correlação das questões da SSCRS de acordo com a instituição de formação dos participantes. Brasília, 2020.....	24
Tabela 7 – Correlação das questões da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) conforme a religiosidade/espiritualidade inserida no processo de formação. Brasília, 2020. ..	25
Tabela 8 – Correlação das questões da SSCRS conforme aptidão para atender as necessidades espirituais dos pacientes. Brasília, 2020.	26
Tabela 9 – Correlação das questões da SSCRS conforme aptidão para atender as necessidades espirituais dos pacientes. Brasília, 2020.	27
Tabela 10 – Correlação das questões da SSCRS conforme prática religiosa pelos enfermeiros Brasília, 2020.	28
Tabela 11 – Correlação das questões da SSCRS de acordo com a crença na religião católica pelos enfermeiros. Brasília, 2020.	29

Tabela 12 – Distribuição da frequência das questões da terceira parte do questionário. Brasília, 2020.....	29
Tabela 13 – Quem você considera ser responsável pelo Cuidado Espiritual? Brasília, 2020. .30	
Tabela 14 – Se enfermeiros precisam receber instrução referente ao Cuidado Espiritual, quem deve ser o responsável por esta tarefa? Brasília, 2020.	30
Tabela 15 – Como identificou as necessidades espirituais do paciente em sua prática clínica? Brasília, 2020.	31
Tabela 16 – Distribuição da amostra de acordo com as características sociodemográficas e de formação. Brasília, 2020.	32
Tabela 17 – Distribuição das respostas às questões do questionário pelos familiares. Brasília, 2020.	35
Tabela 18 – Correlação das respostas do questionário conforme sexo dos familiares. Brasília, 2020	36
Tabela 19 – Correlação das respostas às questões de acordo com a religião predominante dos familiares. Brasília, 2020.	37
Tabela 20 – Correlação das respostas às questões de acordo com o estado civil dos familiares. Brasília, 2020.	38
Tabela 21– Correlação das respostas às questões conforme estado civil dos familiares. Brasília, 2020.....	39
Tabela 22 – Correlação das respostas às questões de acordo com a atividade profissional dos familiares participantes. Brasília, 2020.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

CRER – Comitê de Reconforto Espiritual e Religioso

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

PNH – Política Nacional de Humanização

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SSCRS – Spirituality and Spiritual Care Rating Scale

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VM – Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	13
2. MÉTODO	15
3. RESULTADOS.....	18
4. DISCUSSÃO	42
5. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS	
Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a família.....	53
Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para enfermeiros....	55
Anexo C - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética.....	57
Anexo D - Carta de Solicitação para Utilização da escala validada para o Brasil.....	64
Anexo E - Carta de Autorização para aplicação da escala SSCRS validada.....	65
Anexo F- Instrumento de coleta de dados – <i>Spirituality and Spiritual Care Rating Scale</i> (SSCRS) validada para a enfermagem brasileira (Enfermeiro).....	66
Anexo G - Modelo de Publicação da Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	71
APÊNDICE	
Apêndice - Instrumento de coleta de dados – Questionário (Familiares).....	75

INTRODUÇÃO

O cuidado ao paciente crítico caracteriza-se pela indispensável busca à recuperação da saúde, ancorada por aparatos tecnológicos especializados, ambiência e avaliação multiprofissional contínua ⁽¹⁾. Ainda assim, práticas humanizadoras são úteis e não devem ser descartadas ou subestimadas como parte da integralidade do cuidado ⁽²⁾.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um cenário de elevada complexidade e dinamicidade de ações destinadas à recuperação de pacientes com diferentes disfunções orgânicas ⁽³⁾. O enfermeiro intensivista está entre os profissionais de saúde com habilidades e competências capazes de sanar ou mitigar situações cruciais com velocidade e precisão para manutenção da vida ⁽⁴⁾.

No entanto, equilibrar ações de cunho tecnológico e humanizador compreende o atual cenário de progresso na área da saúde e, portanto, um desafio. A necessidade de monitoramento contínuo não deve ser motivo para justificar o desequilíbrio, mas seguramente a justa medida para o cuidado crítico qualificado e seguro ⁽⁵⁾.

O cuidado humanizado inclui a participação do paciente, dos profissionais, de recursos tecnológicos para superação de quadros clínicos aparentemente intransponíveis, mas nesse panorama a família também deve ser incluída, ⁽⁶⁾ ao considerar possíveis repercussões de sentimentos de fracasso em razão da hospitalização de um de seus membros ^(6:7-8).

A inclusão da família no processo de cuidado tem sido incentivada em diferentes cenários de assistência à saúde ⁽⁹⁻¹⁰⁾, a fim de promover a elevação da satisfação, redução de custos e otimização dos desfechos clínicos de pacientes ⁽¹¹⁾. Ao receber atenção e apoio da equipe multiprofissional de saúde, os familiares se tornam motivadores e partícipes de toda a evolução do paciente. Sendo então, relevante, na perspectiva do profissional, compreender a visão do familiar, para proporcionar estratégias que objetivem um melhor acolhimento no ambiente de cuidados intensivos e a transformação de paradigmas ⁽⁸⁾.

Emana do cenário de assistência ao paciente crítico a necessidade de reconfiguração do processo saúde-doença, de forma a contemplar não só o domínio biológico, mas também o social e o espiritual, como parte dos problemas identificados nos pacientes ⁽¹²⁻¹³⁾.

Estudo brasileiro com 1046 indivíduos adultos, publicado na *Nature*, por Vitorino et al ⁽¹⁴⁾ mostrou elevados níveis de religiosidade e espiritualidade correlacionados com melhores desfechos ao investigar o quanto níveis diferentes de espiritualidade/religiosidade associam-se à qualidade de vida, aos sintomas depressivos, à ansiedade, ao otimismo e à felicidade por meio de instrumentos validados para a cultura brasileira.

Ainda não há consenso sobre a definição dos termos “espiritualidade” e “religiosidade”. Compreende-se por religiosidade a extensão daquilo que um indivíduo crê, segue e pratica, o que de alguma forma influencia na maneira como as pessoas procuram viver suas vidas e tratar os outros ⁽¹⁴⁾. Por sua vez, a espiritualidade se refere a propensão humana pela busca de significado e propósito de vida que transcende o que é tangível, podendo ou não se expressar pela participação religiosa formal e relação com os outros, na natureza e na arte ⁽¹⁵⁾.

No âmbito nacional brasileiro, a espiritualidade/religiosidade são reconhecidas como constructos utilizados pelos pacientes para enfrentamento do sofrimento e enfermidade ⁽¹⁶⁾. Iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS), inspiradas pela Política Nacional de Humanização (PNH), ainda que exíguas estão presentes e possuem a finalidade de fornecer conforto espiritual aos usuários e apoio aos familiares de pacientes em situações críticas ⁽¹⁷⁾.

A religião e espiritualidade são reconhecidas como componentes da prática de cuidados paliativos, mas subestimadas em outros campos, como de assistência ao paciente crítico ⁽⁷⁾. Ainda se desconhece os caminhos potenciais pelas quais construções religiosas e espirituais podem melhorar a recuperação de pacientes críticos, mas compreender se o funcionamento e a autogestão de processos patológicos complexos melhora com a percepção e inclusão desses constructos pode representar uma contribuição eficiente no processo de recuperação da saúde ⁽³²⁾. Dessa forma, o presente estudo buscou identificar a influência do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico sob a visão do profissional enfermeiro e do familiar.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, desenvolvido no período de 2019 a 2020, em unidades de terapia intensiva de dois hospitais públicos terciários, localizados na região oeste (Hospital A) e na região sudoeste (Hospital B) do Distrito Federal, Brasil.

População e amostra

A população foi constituída de 26 enfermeiros e 61 familiares e a amostra, portanto, foi composta de 83 participantes por conveniência, alocados consecutivamente nos grupos enfermeiros (n=22) e familiares (n=61). As perdas ocorreram em razão da recusa de alguns enfermeiros e de familiares que não frequentavam o setor no horário padrão de visita institucional.

Critérios de seleção

Foram incluídos os profissionais de enfermagem (enfermeiros assistenciais, residentes de enfermagem e enfermeiros gerentes) ativos no cenário de cuidados intensivos e os familiares (responsável legal) dos pacientes críticos internados por pelo menos 48 horas na UTI, maiores de 18 anos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e visitaram o paciente pelo menos uma vez durante estadia na UTI.

Foram excluídos os profissionais de férias ou em alguma modalidade de licença trabalhista e ainda os familiares que apresentaram qualquer constrangimento com a proposta do estudo e que não caracterizaram o perfil de ajuste emocional, de acordo com avaliação da psicóloga do serviço de psicologia da UTI de ambas instituições.

Coleta de dados

As variáveis do estudo foram idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade (secundária, faculdade ou pós-graduação), profissão (familiar), grau de parentesco do familiar (filho, cônjuge, irmão, mãe, tio), ocupação atual (familiar), tempo e período de atuação profissional (enfermeiro), religião (familiar/enfermeiro), local de formação (enfermeiro), a religiosidade/espiritualidade (familiar/enfermeiro).

A espiritualidade e o cuidado espiritual para profissionais foram avaliados através de *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) ⁽¹⁸⁾, com adaptação transcultural e tradução para a língua portuguesa brasileira em 2015, por uma pesquisadora da Universidade de São Paulo ⁽¹⁹⁾. A SSCRs identifica as percepções de espiritualidade e cuidado espiritual dos enfermeiros e possui validade interna caracterizada pelo alpha de

Cronbach 0,733, considerado aceitável. Ela constituiu-se de 5 partes: as partes A e B são formadas por questões que caracterizam dados sociodemográficos e dados da profissão. A parte C constitui-se por 17 afirmações com opções de marcação seguindo uma escala tipo Likert, na presente investigação, foram avaliados somente os itens Qa, Qb, Qg, Qk, e Qn, referentes ao fator *Cuidado Espiritual* da escala; e, ainda as sete questões que verificam a opinião do participante quanto ao cuidado espiritual, (1) sobre quem considera responsável para este cuidado, (2) se já encontrou pacientes com esta necessidade, (3) se pode considerar-se apto para prestar este tipo de cuidado – esta questão possibilita ao participante fornecer detalhes caso não se considere apto, (4) se participou de algum tipo de treinamento para este tipo de cuidado durante a graduação, (5) se após a graduação participou de algum treinamento, (6) se considera que os enfermeiros recebem treinamento suficiente em relação a assuntos que envolvem este cuidado e, (7) quem deve ser o responsável pela tarefa de prestar este cuidado. A parte D constituiu-se de duas questões sobre crença religiosa, sendo uma se o participante possui uma religião e se é praticante da mesma, enquanto que a parte E é formada por uma questão discursiva destinada a exposição dos motivos que provocaram a ausência de alguma resposta pelo participante.

A obtenção das considerações dos familiares acerca do atendimento às necessidades espirituais/religiosas do paciente e da família ocorreu por meio de um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, baseado em evidência científica ⁽⁴⁾. Os itens foram relacionados à identificação sociodemográfica e questões em escala tipo Likert, abordando sobre: (1) suporte espiritual/religioso como fonte de apoio, (2) relação entre visita de provedor espiritual e conforto, (3) abordagem do apoio espiritual/religioso feita pelo enfermeiro, (4) fornecimento de apoio espiritual e comportamento empático do enfermeiro, (5) espiritualidade/religiosidade como mecanismo de enfrentamento, (6) oração como parte do cuidado, (7) relação entre suporte espiritual e proximidade da equipe multidisciplinar com a família e (8) a relação entre a ambiência local, como capela, do hospital no conforto do familiar durante a internação.

Os dados foram coletados pelo investigador principal e por dois estudantes da área da saúde após orientação e treinamento. A estratégia disparadora foi o contato com a chefia imediata para esclarecimento dos objetivos do estudo. Posteriormente, os profissionais de enfermagem foram abordados em momento pré ou pós-plantão, conforme disponibilidade, para responderem o questionário de identificação e a SSCRS para identificação das percepções de espiritualidade e cuidado espiritual dos enfermeiros.

Em relação aos familiares, após avaliação e liberação da psicóloga, o pesquisador

abordou o familiar nos momentos que antecederam a visita ou mesmo a *posteriori*, de acordo com a preferência e disponibilidade do familiar. Nesse momento foi apresentado e explicado para cada família o objetivo e a justificativa do estudo, antes de iniciar os questionamentos.

Durante o convite de participação familiar o pesquisador explicou que a família faz parte do processo de cuidado, o que portanto justifica a importância em se compreender a perspectiva do familiar, sobre o suporte espiritual/religioso durante a hospitalização, considerando que, segundo a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), a religiosidade/espiritualidade vem sendo destacada como uma das formas mais utilizada pela população para alcançar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva⁽²⁾.

Para os participantes com baixo letramento, deficiência sensorial, deficiência intelectual, diferenças de comunicação ou outras situações, o pesquisador transcreveu as respostas, bem como adequou as perguntas de acordo com as características e/ou necessidades específicas preservando o sentido original.

Após a inclusão, o familiar foi acompanhado pelo serviço de psicologia que ofereceu apoio e acompanhamento psicológico, nos casos em que foi identificada ou manifestada alguma necessidade que exigisse intervenção profissional.

A indicação de cada familiar de paciente foi realizada pelo serviço de psicologia do setor hospitalar, de acordo com avaliação psicológica prévia, para manter o perfil de ajuste e suporte emocional.

Análise e tratamento dos dados

Após aplicação da escala e questionário, as respostas foram transcritas ao banco de dados previamente construído no programa Excel da Microsoft, versão 2019 para tratamento estatístico.

Foi realizada análise descritiva por meio do cálculo da média, desvio padrão, mediana, percentil 25 e 75, frequências relativa e absoluta. O teste de Kolmogorov Smirnov foi realizado para verificação de normalidade da amostra. Para avaliação das associações aplicou-se testes não paramétricos: Mann-Whitney, Exato de Fisher conforme apropriado. Em todos os casos, considerou-se como critério de significância estatística um valor-p $\leq 0,05$.

Aspectos éticos

A coleta de dados respeitou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 para as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme CAAE nº 16370619.1.0000.8093.

RESULTADOS

GRUPO ENFERMEIROS

A distribuição dos 22 enfermeiros foi equivalente, ou seja, 11 de cada hospital. Ao ser questionado, a maioria se declarou do sexo feminino (77,3%). A idade mediana foi de 35 (31 – 38) anos. O cargo predominante foi o enfermeiro assistencial, 17 (77,3%), egresso de instituições de ensino privadas, 13 (59,1%). O tempo mediano de atuação na UTI foi de 7,0 (1,8 – 9,3) anos, mas na profissão esse período mostrou-se superior, 10 (6,5 – 14) anos. A maioria dos enfermeiros rodiziam entre os turnos manhã, tarde, noite ou manhã e tarde 7 (31,8%), respectivamente com carga horária semanal de 39 ± 14 horas. Mais da metade dos enfermeiros informou que o tema religiosidade/espiritualidade foi abordado durante a formação 15 (68,2%). Predominou a religião católica entre 14 desses profissionais (63,6%) e ainda 16 (72,7%) declararam ser praticantes de alguma religião. (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra de enfermeiros de acordo com as características sociodemográfica e de formação. Brasília, 2020

Características	Unidades	Grupo Enfermeiros n=22
Sexo feminino	n(%)	17 (77,3%)
Idade (anos)	Média±DP Mediana (25-75)	34,3 ± 5,9 35 (31 – 38)
Cargo/Função ocupada		
Chefe/Supervisor de Enfermagem	n(%)	1 (4,5%)
Enfermeiro assistencial	n(%)	17 (77,3%)
Residente de Enfermagem	n(%)	4 (18,2%)
Tempo de atuação na UTI (anos)^{a,c}	Média±DP Mediana (25-75)	6,6 ± 4,8 7,0 (1,8 – 9,3)
Tempo de atuação na profissão (anos)^{a,c}	Média±DP Mediana (25-75)	10 ± 6 10 (6,5 – 14)
Instituição de formação		
Pública	n(%)	9 (40,9%)
Privada	n(%)	13 (59,1%)
Turno de atuação		
Manhã	n(%)	2 (9,1%)
Tarde	n(%)	1 (4,5%)
Noite	n(%)	2 (9,1%)
Manhã, tarde e noite	n(%)	7 (31,8%)
Tarde e noite	n(%)	3 (13,6%)
Manhã e tarde	n(%)	7 (31,8%)
Carga horária^{a,c} (horas)/semana	Média±DP	39 ± 14

	Mediana (25-75)	40 (20 – 45)
Religiosidade/espiritualidade foram temáticas inseridas no seu processo de formação (graduação)	n(%)	15 (68,2%)
Religião		
Não possui religião	n(%)	2 (9,1%)
Católica	n(%)	14 (63,6%)
Evangélica	n(%)	5 (22,7%)
Adventista do sétimo dia	n(%)	1 (4,5%)
É praticante da religião?	n(%)	16 (72,7%)

Do total de enfermeiros, 13 (59,1%) declararam acreditar que podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado e 12 (54,5%) declararam acreditar que podem oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes. Somente 6 (27,3%) enfermeiros informaram acreditar que conseguem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.

Tabela 2- Distribuição das respostas das questões referentes ao Fator Cuidado Espiritual da escala Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) pelos enfermeiros. Brasília, 2020.

Questão	Unidade	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo Totalmente
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado	N	0	4	2	6	10
	%	0,0	18,2	9,1	27,3	45,5
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado	N	0	0	0	9	13
	%	0,0	0,0	0,0	40,9	59,1

Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade	N	0	2	2	8	10
	%	0,0	9,1	9,1	36,4	45,5
Qk - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas	N	0	2	1	13	6
	%	0,0	9,1	4,5	59,1	27,3
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	N	0	0	0	10	12
	%	0,0	0,0	0,0	45,5	54,5

Observou-se que entre enfermeiros do sexo masculino e feminino mostrou-se significativa a declaração das enfermeiras em acreditar na possibilidade de oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria durante a internação de pacientes na unidade de terapia intensiva ($p=0,048$) (Tabela 3).

Tabela 3- Tabela 3 Correlação das questões da SSCRS de acordo com o sexo dos participantes. Brasília, 2020.

Questões	Sexo		P
	Masculino	Feminino	
	(n = 5)	(n = 17)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (4 – 5)	4 (3 – 5)	0,9
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	4 (4 – 4)	5 (4 – 5)	0,048
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (3 – 4)	5 (4 – 5)	0,1
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 4)	4 (4 – 5)	0,9
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,5
Teste Mann-Whitney			

Não foi observada influência direta dos cargos de profissionais enfermeiros no cenário de terapia intensiva em questões referentes ao cuidado espiritual conforme a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (Tabela 4).

Tabela 4- Correlação das questões da (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale) SSCRS de acordo com o cargo dos participantes. Brasília, 2020.

Questões	Cargo		p
	Enfermeiro	Residente	
	(n = 17)	(n = 4)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (3 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,2
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	5 (4 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,3
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (4 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,2
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 4)	4 (4 – 4,5)	0,6
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,3

Teste de Mann Whitney

A carga horária dos profissionais enfermeiros não interferiu de forma significativa nas respostas relacionadas à escala SSCRS, no que se refere a assistência realizada aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (Tabela 5).

Tabela 5- Correlação das questões da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) conforme a carga horária dos participantes. Brasília, 2020.

Questões	Carga horária (horas)		p
	20 ou 40	60	
	(n = 17)	(n = 4)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (3 – 5)	5 (4 – 5)	0,2
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	5 (4 – 5)	5 (5 – 5)	0,3
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (4 – 5)	5 (5 – 5)	0,08
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 5)	4 (4 – 4)	0,9
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,8

Teste de Mann Whitney

Identificou-se que os profissionais egressos de instituição de ensino superior privada declararam assentimento em maior grau acerca da forma de prestação do cuidado espiritual através do respeito à dignidade, bem como cultura e crenças do paciente, em relação aos egressos de instituição pública ($p=0,01$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlação das questões da SSCRS de acordo com a instituição de formação dos participantes. Brasília, 2020.

Questões	Instituição		p
	Pública	Privada	
	(n = 9)	(n = 13)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (3 – 4)	5 (4 – 5)	0,2
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,3
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (4 – 4)	5 (4 – 5)	0,2
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 5)	4 (4 – 4)	0,9
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 4)	5 (5 – 5)	0,01
Teste Mann-Whitney			

Não foi constatada relação de dependência entre a proposta do cuidado espiritual oferecida pelos enfermeiros e o acesso a temática assistência espiritual/religiosa durante o processo de formação no estudo de forma significativa (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação das questões da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) conforme a religiosidade/espiritualidade inserida no processo de formação. Brasília, 2020.

Questões	Religiosidade/Espiritualidade inserida no processo de formação		p
	Não	Sim	
	(n = 7)	(n = 15)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	5 (3,5 – 5)	4 (3,5 – 5)	0,6
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,9
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (3,5 – 5)	4 (4 – 5)	0,8
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (2,5 – 5)	4 (4 – 5)	0,45
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,5
Teste Mann-Whitney			

Constatou-se que a maioria dos profissionais se declarou apta para oferecer cuidado espiritual com dedicação de tempo ao paciente, assegurando suporte, especialmente nos momentos de necessidade (p=0,03) (Tabela 8).

Tabela 8 – Correlação das questões da SSCRS conforme aptidão para atender as necessidades espirituais dos pacientes. Brasília, 2020.

Questões	Apto a atender às necessidades espirituais dos pacientes		p
	Não	Sim	
	(n = 8)	(n = 14)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado	4 (2,5 – 5)	4,5 (4 – 5)	0,5
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,1
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade	3,5 (2,5 – 4,5)	5 (4 – 5)	0,03
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas	4 (3,5 – 5)	4 (4 – 5)	0,2
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,2

Teste Mann-Whitney

Não foi identificada aptidão significativa para atender às necessidades espirituais dos pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva pelos enfermeiros (Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação das questões da SSCRS conforme aptidão para atender as necessidades espirituais dos pacientes. Brasília, 2020.

Questões	Aptidão a atender às necessidades espirituais dos pacientes		p
	Não (n = 8)	Sim (n = 14)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (3 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,1
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado.	5 (4 – 5)	4,5 (4 – 5)	0,7
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4 (4 – 5)	4,5 (4 – 5)	0,6
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 5)	4 (4 – 4,5)	0,7
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4,5 (4 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,4

Teste Mann-Whitney

Relacionando a prática religiosa dos enfermeiros com os itens sobre Cuidado Espiritual, observa-se uma maior valorização do fornecimento da assistência espiritual por meio da visita do líder religioso do paciente ou do capelão do hospital, quando solicitada pela família ao profissional praticante da religião em relação aos não praticantes ($p=0,04$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Correlação das questões da SSCRS conforme prática religiosa pelos enfermeiros Brasília, 2020.

Questões	Praticante de sua religião		P
	Não (n = 6)	Sim (n = 1)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	3 (2 – 4)	5 (4 – 5)	0,04
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,1
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade	4 (3 – 4)	5 (4 – 5)	0,1
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas	4 (4 – 5)	4 (4 – 4,5)	0,9
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,2

Teste Mann-Whitney

Não foi encontrada relação significativa entre a crença na religião católica com as questões sobre cuidado espiritual para os profissionais enfermeiros (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação das questões da SSCRS de acordo com a crença na religião católica pelos enfermeiros. Brasília, 2020.

Questões	Religião católica		P
	Não (n = 8)	Sim (n = 14)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Qa- Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.	4 (3,5 – 5)	4,5 (3 – 5)	0,8
Qb - Eu acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria no cuidado	4,5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,5
Qg - Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade.	4,5 (4 – 5)	4 (4 – 5)	0,7
Qk – Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.	4 (4 – 5)	4 (4 – 4)	0,5
Qn - Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.	5 (4 – 5)	4,5 (4 – 5)	0,6

Teste Mann-Whitney

A maioria dos enfermeiros declarou que na sua prática clínica já encontrou algum paciente com necessidade espiritual, 20 (90,9%) e alegou sentir-se apto para atender essas demandas, 14 (63,6%) (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da frequência das questões da terceira parte do questionário. Brasília, 2020.

Questão	Não	Sim	Total
---------	-----	-----	-------

X2. Na sua prática clínica você já encontrou algum(uns) paciente(s) com necessidade(s) espiritual(is)?	2 9,1%	20 90,9%	22 100
X3. Você acha que, de modo geral, está apto a atender às Necessidades Espirituais de seus pacientes? ¹	8 36,4%	14 63,6%	22 100
X4. Após a sua Graduação em Enfermagem, você participou de algum curso que abordou sobre cuidado espiritual?	18 81,8%	4 18,2%	22 100
X5. Você considera que os enfermeiros recebem treinamento suficiente em relação a assuntos que envolvem o cuidado espiritual?	22 100%	0 0,0%	22 100

Os participantes em sua maioria 72,7% (n=16) elencaram os familiares, os amigos e líder religioso, além da equipe multidisciplinar, como responsáveis por oferecer cuidado espiritual (Tabela 13).

Tabela 13 – Quem você considera ser responsável pelo Cuidado Espiritual? Brasília, 2020.

Item	N	%
Enfermeiros + capelães/clero + próprio paciente	1	4,5
Enfermeiros + capelães + líder religioso + familiares e amigos	16	72,7
Enfermeiros + capelães + líder religioso + familiares e amigos + equipe multidisciplinar	2	9,1
Capelães/clero + familiares + psicólogos	1	4,5
Capelães/clero + familiares e amigos do paciente	2	9,1
Total	22	100

Do total de enfermeiros, a maioria, 17 (77,3%), declarou que para oferecer cuidado espiritual necessita não somente de educação permanente, mas de fundamentação teórica durante a formação nas próprias faculdades sobre essa temática (Tabela 14).

Tabela 14 – Se enfermeiros precisam receber instrução referente ao Cuidado Espiritual, quem deve ser o responsável por esta tarefa? Brasília, 2020.

Item	N	%
Educação permanente	3	13,3
Faculdades da área da saúde	1	4,5
Os próprios enfermeiros	0	0,0
Combinação de todos os anteriores	17	77,3
Combinação entre faculdades da área da saúde e educação permanente	2	9,1
Total	22	100

Segundo 59,1% (n=17) dos enfermeiros a observação direta do paciente, bem como a escuta do mesmo foi o modo mais explorado para propiciar o reconhecimento das necessidades espirituais do paciente crítico (Tabela 15).

Tabela 15 – Como identificou as necessidades espirituais do paciente em sua prática clínica? Brasília, 2020.

Item	N	%
O próprio paciente	2	9,1
Amigos/parente do paciente	1	4,5
Plano de cuidados de enfermagem	1	4,5
Outros enfermeiros	1	4,5
Ouvindo e observando o paciente	13	59,1
Combinação do próprio paciente + amigos/parentes + plano de cuidados de enfermagem	1	4,5
Total	19	100

GRUPO FAMILIARES

No presente estudo participaram 61 familiares de pacientes internados em UTI, sendo 34 (55,7%) do Hospital A e 27 (44,3%) do Hospital B. Foi predominante o sexo feminino, 37 (60,7%). A idade média foi de 39 (35 – 49) anos. O grau de parentesco mais frequente entre os familiares foi de filho, 22 (36,1%), seguido de irmãos [12 (19,7%)], cônjuges [7 (11,5%)] e mães [5 (8,2%)]. Quarenta e seis (71,8%) dos membros familiares desempenhavam atividade remunerada, enquanto os demais declararam-se aposentado ou desempregado. Referente ao nível de escolaridade, 23 familiares (37,7%) concluíram o ensino médio, 21 (34,4%) finalizaram o ensino superior e 9 (14,8%) completaram o ensino fundamental, enquanto 2 (3,3%), 1 (1,6%) e 4 (6,6%) informaram os cursos educacionais como incompletos, respectivamente. O analfabetismo foi declarado por 1 (1,6%) dos familiares. A procedência dos familiares de regiões administrativas do Distrito Federal foi superior [54 (84,3%)], enquanto 5 (8,2%) declararam residir na região do entorno em Goiás e 2 (3,3%) em estados das regiões sudeste e nordeste do Brasil. A prevalência da religião católica predominou entre os familiares [32 (52,5%)], seguido de 21 (34,3%) declarados como evangélicos, 4 (6,6%) espíritas, 3 (4,9%) familiares sem religião e 1 (1,6%) familiar adventista do sétimo dia (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição da amostra de acordo com as características sociodemográficas e de formação. Brasília, 2020.

Características	Unidades	Grupo Familiares n=61
Sexo feminino	n(%)	37 (60,7%)
Idade (anos)	Média±DP Mediana (25-75)	41,8 ± 11,8 39 (35 – 49)
Profissão		
Desempregado	n(%)	1 (1,6%)
Sem formação profissional	n(%)	35 (57,4%)
Licenciatura em pedagogia	n(%)	5 (8,2%)
Auxiliar técnico-administrativo	n(%)	1 (1,6%)
Bacharel em administração	n(%)	2 (3,3%)
Técnica de enfermagem	n(%)	1 (1,6%)
Enfermeiro	n(%)	1 (1,6%)
Bacharel em tecnologia da informação	n(%)	1 (1,6%)
Licenciatura em história	n(%)	1 (1,6%)
Bacharel em engenharia	n(%)	1 (1,6%)
Instrutor prático de auto-escola	n(%)	1 (1,6%)
Policial militar	n(%)	2 (3,3%)

Bacharel em turismo – turismóloga	n(%)	1 (1,6%)
Bacharel em direito	n(%)	2 (3,3%)
Autônomo	n(%)	2 (3,3%)
Licenciatura em letras – inglês	n(%)	1 (1,6%)
Técnica em podologia	n(%)	1 (1,6%)
Não informado	n(%)	2 (3,3%)
Ocupação		
Desempregado	n(%)	15 (24,6%)
Vendedor /comerciante	n(%)	2 (3,3%)
Carpinteiro	n(%)	1 (1,6%)
Professor	n(%)	6 (9,8%)
Técnico administrativo	n(%)	2 (3,3%)
Motoboy	n(%)	1 (1,6%)
Empresário	n(%)	2 (3,3%)
Policial rodoviário federal	n(%)	1 (1,6%)
Porteiro	n(%)	1 (1,6%)
Coordenador de desenvolvimento de software	n(%)	1 (1,6%)
Auxiliar de limpeza	n(%)	1 (1,6%)
Operadora de caixa de supermercado	n(%)	1 (1,6%)
Engenheiro	n(%)	1 (1,6%)
Garçom	n(%)	1 (1,6%)
Auxiliar de serviços gerais	n(%)	2 (3,3%)
Vidraceiro	n(%)	1 (1,6%)
Aposentado	n(%)	3 (4,9%)
Auxiliar de lanchonete	n(%)	1 (1,6%)
Podóloga	n(%)	1 (1,6%)
Estudante universitária	n(%)	2 (3,3%)
Atendente de telemarketing	n(%)	1 (1,6%)
Serralheiro	n(%)	1 (1,6%)
Pedreiro	n(%)	1 (1,6%)
Servidor público	n(%)	2 (3,3%)
Tosador	n(%)	1 (1,6%)
Cabelereiro	n(%)	1 (1,6%)
Gerente comercial	n(%)	2 (3,3%)
Caminhoneiro	n(%)	1 (1,6%)
Técnico em enfermagem	n(%)	3 (4,9%)
Autônomo	n(%)	2 (3,3%)
Grau de parentesco		
Pai	n(%)	2 (3,3%)
Mãe	n(%)	5 (8,2%)
Filho	n(%)	22 (36,1%)
Irmão	n(%)	12 (19,7%)
Esposo	n(%)	7 (11,5%)
Tio	n(%)	3 (4,9%)
Sobrinho	n(%)	3 (4,9%)
Amigo/compadre	n(%)	2 (3,3%)
Neto	n(%)	1 (1,6%)
Sogra	n(%)	2 (3,3%)

Cunhado	n(%)	2 (3,3%)
Estado civil		
Solteiro	n(%)	15 (24,6%)
Casado	n(%)	34 (55,7%)
União estável	n(%)	8 (13,1%)
Divorciado	n(%)	3 (4,9%)
Viúvo	n(%)	1 (1,6%)
Residência		
Ceilândia	n(%)	17 (27,9%)
Samambaia	n(%)	6 (9,8%)
Taguatinga	n(%)	5 (8,2%)
Recanto Das Emas	n(%)	8 (13,1%)
Sobradinho	n(%)	2 (3,3%)
Santa Maria	n(%)	2 (3,3%)
Asa Norte	n(%)	3 (4,9%)
Paranoá	n(%)	2 (3,3%)
Arniqueiras	n(%)	1 (1,6%)
Vicente Pires	n(%)	1 (1,6%)
Riacho Fundo 1	n(%)	2 (3,3%)
Águas Lindas – GO	n(%)	1 (1,6%)
Formosa – GO	n(%)	1 (1,6%)
Monte Alto – GO	n(%)	1 (1,6%)
Novo Gama – GO	n(%)	1 (1,6%)
Brasília	n(%)	1 (1,6%)
Gama	n(%)	4 (6,6%)
Baixada Santista – SP	n(%)	1 (1,6%)
Barreiras – BA	n(%)	1 (1,6%)
Valparaíso - GO	n(%)	1 (1,6%)
Instrução		
Analfabeto	n(%)	1 (1,6%)
Ensino fundamental incompleto	n(%)	2 (3,3%)
Ensino fundamental	n(%)	9 (14,8%)
Ensino médio incompleto	n(%)	1 (1,6%)
Ensino médio	n(%)	23 (37,7%)
Ensino superior incompleto	n(%)	4 (6,6%)
Ensino superior	n(%)	21 (34,4%)
Religião		
Não possui religião	n(%)	3 (4,9%)
Católica	n(%)	32 (52,5%)
Evangélica	n(%)	21 (34,4%)
Espirita	n(%)	4 (6,6%)
Adventista do sétimo dia	n(%)	1 (1,6%)

Os resultados da tabela 17 mostraram que 56 (91,8%) dos familiares consideram a oração como parte do cuidado e 54 (88,5%) acreditam que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis. Mais da metade, 53 (86,9%) dos familiares, ainda, afirmam que o suporte religioso/espiritual mostra-se como uma fonte de apoio para si mesmo, para sua família e para o seu familiar em situação de hospitalização por enfermidade.

Sobretudo, 45 (73,8%) reconhecem que a visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do seu familiar ou da sua família poderia proporcionar alguma forma de conforto.

Tabela 17 – Distribuição das respostas às questões do questionário pelos familiares. Brasília, 2020.

Questões		Discordo totalmente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo totalmente	Total
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:	N	0	0	1	7	53	61
	%	0,0	0,0	1,6	11,5	86,9	100,0
Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente.	N	2	2	4	8	45	61
	%	3,3	3,3	6,6	13,1	73,8	100,0
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre o suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante este período de internação	N	44	1	11	3	2	61
	%	72,1	1,6	18,0	4,9	3,3	100,0
Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros?	N	5	5	13	17	21	61
	%	8,2	8,2	21,3	27,9	34,4	100,0
Q5. Acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	N	1	0	2	4	54	61
	%	1,6	0,0	3,3	6,6	88,5	100,0
Q6. Considero a oração como parte do cuidado.	N	0	0	0	5	56	61
	%	0,0	0,0	0,0	8,2	91,8	100,0
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	N	2	3	3	14	39	61
	%	3,3	4,9	4,9	23,0	63,9	100,0
Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	N	5	2	3	5	45	60
	%	8,3	3,3	5,0	8,3	75,0	100,0

Não identificou-se variação significativa das respostas relacionadas ao cuidado espiritual/religioso em razão do sexo dos familiares (Tabela 18).(Tabela 18).

Tabela 18 – Correlação das respostas do questionário conforme sexo dos familiares. Brasília, 2020

Questões	Sexo		p
	Masculino (n = 24)	Feminino (n = 37)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,9
Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente.	5 (4,5 – 5)	5 (4 – 5)	0,9
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação.	1 (1 – 3)	1 (1 – 1)	0,6
Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros.	4 (3 – 5)	4 (3 – 4)	0,9
Q5. Acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,3
Q6. Considero a oração como parte do cuidado.	5 (5-5)	5 (5-5)	0,3
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,7

Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	5 (4 – 5)	5 (5 – 5)	0,7
--	-----------	-----------	-----

Teste Mann-Whitney

As respostas dos familiares mostraram que a percepção da espiritualidade/religiosidade não foi influenciada pelos diferentes tipos de religião (Tabela 19).

Tabela 19 – Correlação das respostas às questões de acordo com a religião predominante dos familiares. Brasília, 2020.

Questões	Religião		p
	Católica (n = 32)	Evangélica (n = 21)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,9
Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,7
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação.	1 (1 – 2)	1 (1 – 1)	0,8
Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros.	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	0,9

Q5. crédito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,7
Q6. Considero a oração como parte do cuidado	5 (5-5)	5 (5-5)	0,8
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,1
Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	5 (5 – 5)	5 (3 – 5)	0,06

Teste Mann-Whitney

Familiares casados ou com união estável declararam que consideram a oração como parte significativa do cuidado no cenário de assistência ao paciente crítico (Tabela 20).

Tabela 20 – Correlação das respostas às questões de acordo com o estado civil dos familiares. Brasília, 2020.

Questões	Estado Civil		p
	Solteiro, Divorciado ou Viúvo (n = 19)	Casado ou União Estável (n = 42)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,8
Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente	5 (3,5 – 5)	5 (5 – 5)	0,1
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação.	1 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,7

Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros.	4 (3 – 4,5)	4 (3 – 5)	0,4
Q5. acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,5
Q6. Considero a oração como parte do cuidado	5 (5-5)	5 (5-5)	0,02
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	5 (5 – 5)	5 (4 – 5)	0,06
Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	5 (5 – 5)	5 (3 – 5)	0,3

Teste Mann-Whitney

Familiares casados ou de união estável acreditam que a visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) poderia proporcionar conforto significativo para si próprio e para o seu parente no cenário de assistência ao paciente crítico ($p=0,04$). Além disso, consideram a oração como parte significativa do cuidado ($p=0,02$) (Tabela 21).

Tabela 21– Correlação das respostas às questões conforme estado civil dos familiares. Brasília, 2020.

Questões	Estado Civil		p
	Solteiro (n = 15)	Casado ou União Estável (n = 42)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,5

Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente	5 (3 – 5)	5 (5 – 5)	0,04
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação.	1 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0,7
Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros.	4 (3 – 4,5)	4 (3 – 5)	0,7
Q5. credito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,3
Q6. Considero a oração como parte do cuidado	5 (5-5)	5 (5-5)	0,02
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	5 (5 – 5)	5 (4 – 5)	0,08
Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	5 (5 – 5)	5 (5 – 5)	0,6

Teste Mann-Whitney

Os familiares desempregados, especialmente, informaram que os enfermeiros da UTI, de forma significativa, proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os medos, as dores, os anseios, os sonhos, e as expressões de sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros ($p=0,03$). Ainda foi declarado que acreditam que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis ($p=0,04$).

Tabela 22 – Correlação das respostas às questões de acordo com a atividade profissional dos familiares participantes. Brasília, 2020.

Questões	Desempregado		P
	Não (n = 42)	Sim (n = 15)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Q1. O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:	5 (5 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,07
Q2. A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,9
Q3. Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação.	1 (1 – 3)	1 (1 – 1)	0,06
Q4. Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dão a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, arrependimento, entre outros.	4 (3 – 5)	5 (4 – 5)	0,03
Q5. credito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis.	5 (5 – 5)	5 (4,5 – 5)	0,04
Q6. Considero a oração como parte do cuidado	5 (5-5)	5 (5-5)	0,8
Q7. Acredito que a abordagem do suporte espiritual/religioso aproxime a equipe multiprofissional da família.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	0,9
Q8. Ter um lugar dentro do hospital para oração/prática espiritual (p.ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.	5 (4 – 5)	5 (5 – 5)	0,4

Teste Mann-Whitney

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a influência do suporte espiritual/religioso no cenário de assistência ao paciente gravemente enfermo para o familiar e para o profissional enfermeiro. Os resultados mostraram que tanto os familiares como os profissionais reconhecem a importância deste suporte no cenário de assistência ao paciente crítico como medida de recuperação do paciente. Nesse sentido, os enfermeiros acreditam que uma das formas de oferecer cuidado espiritual se relaciona ao tempo dedicado ao paciente como parte do processo de cuidar ($p=0,03$).

Nessa vertente, diretrizes da prática clínica têm recomendado o apoio espiritual como parte do cuidado aos pacientes críticos ⁽²⁰⁾. Assim como a Comissão Mista de Acreditação das Organizações de Saúde (*Joint Commission International*), ao enfatizar a necessidade de respeito aos valores e às crenças pessoais do paciente ⁽²¹⁾. Nessa perspectiva, na presente investigação os enfermeiros assumem possuir capacidade de oferecer cuidado espiritual ao paciente crítico independente do cargo ocupado ($p=0,048$).

Mas, ainda assim, a prestação de cuidados espirituais como um todo, no cenário da saúde, tem se revelado subótima. Embora, no Brasil, a Política Nacional de Humanização contemple o suporte religioso/espiritual como fundamental. Seguramente, o processo de humanizar em saúde tem ganhado espaço entre as relações humanas, sendo considerado como ponte para o cuidado integral. Não raro, a perspectiva espiritual/religiosa ocupa posição singular na vida das pessoas, sendo, portanto, importante o reconhecimento dessa dimensão para o planejamento do cuidado no campo daquele que é assistido ⁽²²⁾.

Dessa forma, observa-se uma crescente importância na área de conhecimento que abrange cuidados espirituais nos últimos anos, em que pese a existência de ambiguidades sobre sua natureza e componentes ⁽²³⁾. O cuidado espiritual, quando reconhecido como uma interface no cenário de cuidados intensivos adquire valor de indicador de qualidade da assistência prestada ⁽²⁰⁾.

O cuidado espiritual tem se revelado como uma linha de cuidado centrado à família, estimulado por sociedades científicas de cuidados críticos por meio de *guidelines* que extrapolam a abordagem biológica ⁽²⁵⁾. Incrementar estratégias de suporte para além do biológico aos familiares de pacientes críticos pode, em certa medida, atenuar os efeitos da condição crítica e sobretudo, incluir o familiar na participação ativa do cuidado e na tomada de decisões ⁽⁹⁾. No presente estudo, os enfermeiros independentemente da carga

horária de trabalho declararam disponibilidade e aptidão para oferta de cuidado espiritual ($p=0,03$), ainda que essa dimensão não tenha sido explorada significativamente durante o seu processo de formação acadêmica.

A enfermagem, de acordo com a definição de Watson (2012, p. 65), fundamenta-se pelo exercício de esforços transpessoais que convergem para garantia da proteção, aprimoramento e preservação da humanidade, em sua dignidade e integridade. ⁽²³⁾.

A oferta de atenção à família do paciente crítico e a possibilidade de escuta ativa dos sentimentos vivenciados durante a internação, quando reconhecidas como ações de tecnologia leve, provocam implicações positivas para a satisfação do familiar ^(20,25-26). Entretanto, no presente estudo se observou que os enfermeiros não acreditam que o emprego de suporte religioso/espiritual aproxime a equipe multiprofissional da família.

Enfermeiros reconhecem a sobrecarga de trabalho, a falta de conhecimento, a falta de experiência e a visão de tarefa complexa, como motivos que os inabilitam para o exercício da assistência direcionada à prática do cuidado espiritual. Esses achados encontram consistência nas conclusões do estudo de Canfield et. al (2016), que ao examinar o conforto de enfermeiros intensivistas americanos em prover assistência espiritual aos seus pacientes, detectaram que esses profissionais não se sentem totalmente preparados ou confortáveis para fornecer esse tipo de assistência, e quando alguns reconhecem sua prontidão para fornecer apoio espiritual, hesitam por receio de que seja interpretado como proselitismo ou ofensa ao paciente e à família ⁽²⁶⁾.

Avaliando se a espiritualidade/religiosidade do profissional enfermeiro influencia na abordagem do aspecto espiritual do paciente crítico, um estudo quantitativo conduzido em duas Unidades de Terapia Intensiva, na Bahia, Brasil com uma ampla amostra, abrangendo, inclusive, diferentes profissionais da saúde, identificou que nos profissionais com elevado índice de espiritualidade o reconhecimento da importância da atuação e a frequência da abordagem mostrou-se maior no domínio da religiosidade/espiritualidade à saúde do paciente. Dessa forma, percebe-se que a religiosidade/espiritualidade do profissional da saúde corresponde a uma interface para valorização da dimensão espiritual no cuidado do paciente gravemente enfermo ⁽²⁷⁾. Mas, ainda assim os achados do presente estudo convergem para a importância da visita do líder religioso do paciente ou do capelão do hospital.

Estudo quase-experimental, conduzido nos Estados Unidos, avaliou o impacto do cuidado espiritual promovido pelo capelão hospitalar em pacientes adultos da UTI, sob ventilação mecânica (VM), com escala RASS de 0 ou -1, utilizando como estratégia cartões

de comunicação ilustrativos para acessar aflições espirituais, emoções e necessidades dos pacientes. O estudo concluiu que o cuidado espiritual conduzido pelo capelão mostra-se como medida atenuadora da ansiedade e estresse durante e após uma internação em UTI ⁽²⁸⁾. Nessa perspectiva, a Associação Britânica de Enfermeiros de Cuidados Críticos classificou como importante o papel que a capelania hospitalar exerce no suporte espiritual. Particularmente, no contexto da UTI, o serviço de capelania pode auxiliar no enfrentamento dos familiares à doença ou a morte. Essa entidade expressa a necessidade da presença de capelães, aos quais os enfermeiros possam se referir e oferecer suporte espiritual às necessidades do paciente e da família, nesse momento específico de suas vidas ⁽²⁹⁾. A visita do provedor espiritual/líder religioso do paciente em situação crítica, na promoção do cuidado espiritual, também foi reconhecida pelo grupo dos familiares como forma de apoio para o paciente crítico. Mas, menos da metade dos profissionais enfermeiros concordou em integrar mais essa ação como parte do cuidado, mesmo na vigência de solicitação do paciente ou da família.

Ainda, na área de enfermagem brasileira, se observa predomínio de enfermeiros do sexo feminino, com idade mediana (40 anos), egressos majoritariamente de instituição privada, com até 5 anos de tempo de atuação na profissão e carga horária semanal de 31 a 40 horas semanais ⁽³⁰⁾, características sociodemográficas e profissionais consistentes às identificadas nos achados do presente estudo.

Sobre os familiares, estudo científico ao identificar o cotidiano de 40 familiares de pacientes críticos no estado do Pará constatou predomínio de 75% de mulheres entre os familiares, 65% da religião católica, com ensino médio completo, e variação de faixa etária entre 18 a 75 anos ⁽⁸⁾. Em outro estudo, conduzido no estado de São Paulo, prevaleceu também entre os familiares, maior porcentagem de mulheres (60,8%), com 48% dos parentes declarando conclusão do ensino médio, 51% da religião católica, 45,8% empregados ⁽³¹⁾. Achados similares aos dados sociodemográficos dos familiares do presente estudo. Entretanto, em esfera internacional, um estudo desenvolvido na Arábia Saudita identificou entre os membros familiares de pacientes admitidos em UTI predomínio do sexo masculino [152 (65,2%)] ⁽³²⁾, diferentemente do que foi encontrado no presente estudo.

Ainda no mesmo estudo ⁽³²⁾, no Oriente Médio, o grau de parentesco predominante entre os familiares visitantes foi de filhos, 85 (36,4%), assim como neste estudo. Vale ressaltar que essas variações podem se ancorar em características geográficas, culturais e sociais de cada localidade.

Um estudo nacional, conduzido no estado de São Paulo se propôs investigar o nível de conforto e coping religioso/espiritual de 96 familiares de pacientes internados em UTI adulto e 70 familiares de pacientes em UTI pediátrica e mostrou que a religiosidade/espiritualidade não contribui significativamente para o familiar enfrentar situações críticas de parentes internados em UTI ⁽³¹⁾. Contrariamente, o presente estudo revelou que os familiares, ao menos consideram a espiritualidade/religião como uma estratégia de enfrentamento perante ocasiões de internação de parentes em unidade de cuidado crítico.

Os familiares, nas entrevistas, concordaram majoritariamente com a afirmação de que com a abordagem do suporte espiritual/religioso há aproximação entre equipe multiprofissional e a família. Segundo estudos realizados nos EUA, as famílias se sentem mais satisfeitas com o atendimento prestado na UTI quando há apoio às necessidades de ordem espiritual e religiosa ⁽²⁵⁾. Não somente os familiares, mas também os próprios pacientes percebem a importância dessa abordagem na vivência hospitalar ⁽²⁵⁾. Pacientes ambulatoriais de pneumologia da Universidade da Pensilvânia concordaram, em sua maioria, que sua confiança se reforçaria no médico, caso ele abordasse sobre crenças espirituais ⁽³³⁾.

Além disso, estudos demonstram que não só a família percebe a importância desse constructo, como também os próprios profissionais de saúde da equipe multidisciplinar. Esses, além de compreenderem a relevância da espiritualidade, entendem seu significado para o contexto de cuidado integral da pessoa. Entretanto, constata-se que o tema religiosidade/espiritualidade não parece ser tratado frequentemente nas discussões da equipe multiprofissional ⁽³⁴⁾. De modo particular, vê-se, por exemplo, que os intensivistas concordam que o cuidado espiritual/religioso influencia positivamente não só na relação com a família, mas também na própria evolução do paciente ⁽³³⁾.

A importância da equipe multiprofissional na abordagem espiritual pôde ser ratificada no presente estudo. De acordo com 63% entrevistados, essa assistência espiritual evidencia-se como forma de aumentar o vínculo entre os profissionais e os familiares. Estudos atuais ⁽³⁶⁾ destacam que o cuidado espiritual deve ser abordado no planejamento assistencial pela equipe multidisciplinar, tendo em vista o cuidado holístico. Essa conformação integrada para o cuidado espiritual tem sido elencada pelo Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual, o qual inclui os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais) e também cuidadores

espirituais (capelães) como interface da linha de cuidado e da abordagem familiar ⁽³⁷⁾.

Compreender as relações existentes entre o suporte espiritual/religioso no cenário de assistência ao paciente crítico torna-se importante para o aprimoramento do processo de trabalho do profissional enfermeiro. Especialmente, no que tange o desenvolvimento de competências, como a identificação do sofrimento espiritual potencialmente presente nos pacientes e a oferta de auxílio com reconhecimento do apoio espiritual como elemento auxiliar terapêutico e de valor na assistência aos enfermos ⁽¹⁷⁾. Ampliar as influências desse tipo de apoio para o núcleo familiar possibilita um relacionamento interpessoal mais humano por parte do enfermeiro e da equipe multiprofissional da UTI, assim como maior qualidade no cuidado prestado ⁽³⁸⁾.

As limitações do estudo estão relacionadas ao reduzido tamanho da amostra, ainda que realizado em dois hospitais do Distrito Federal. O fato de questões espirituais/religiosas serem subjetivas restringe a possibilidade de generalização para a prática clínica. Não pretendendo esgotar a temática no presente estudo, se reconhece como fundamental mais estudos a fim de conhecer os mecanismos pelos quais o suporte espiritual influencia o cuidado intensivo. Por outro lado, os achados destacam a relevância dessa esfera do cuidado crítico como instrumento de enfrentamento do processo saúde-doença.

CONCLUSÃO

Para enfermeiros e familiares de pacientes críticos, o suporte espiritual/religioso foi reconhecido como um componente importante no contexto do cuidado ao paciente crítico e em sua recuperação, exercendo influência significativa no tocante aos aspectos de humanização.

A visão dos enfermeiros nessa esfera do cenário intensivo foi compreendida como uma medida de suporte, podendo ser exercida pelo profissional, ao respeitar as crenças espirituais/religiosas do paciente e da família visando a recuperação e a integralidade do cuidado.

Os familiares possuem um ponto de vista favorável à prestação do atendimento às necessidades de ordem espiritual/religiosa ao paciente e à família, ao considerar que a

espiritualidade/religiosidade auxilia no enfrentamento de momentos difíceis.

Notadamente, o apoio espiritual/religioso ao paciente e ao seu núcleo familiar, no cuidado ao paciente crítico, expressa papel transformador da compreensão e do valor do ser humano criticamente enfermo para o profissional, incluindo ativamente a família no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Oct [citado 2020 jul. 14] ; 70(5): 1040-1047. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000501040&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2020 jul. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.
3. Azevedo Filho FM, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Nursing practice environment in intensive care units. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2018 Mar [citado 2020 jul. 14] ;31(2):217-223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200217&lng=en. Epub July 06, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800031>.
4. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2016.
5. Lima AA, Jesus DS, Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jul 14] ; 28(3): e280320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300615&lng=pt. Epub 20-Dez-2018. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280320>.
6. Oliveira SS de, Moreira NS, Santos NAS, Lima JS, Xavier ASG, Silva SSB da. Hosting aimed to relatives of people hospitalized in public intensive care units of Bahia. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 7º de junho de 2016 [citado 14º de julho de 2020];15(1):93 - 100. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28522>
7. Galdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: The role of needs in critical care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 4 175-177, 2014. [citado 2020 Jul. 14] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2210844014200311>

8. Vasconcelos EV, Freitas KO, Silva SED, Baia RSM, Tavares RS, Araujo JS. The daily life of relatives of patients admitted in ICU: a study with social representations. *J. res.: fundam. care*. Online [Internet] 2016. abr./jun [citado 2020 Jul. 14]. 8(2):4313-4327 Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4366/pdf_1877
9. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128. doi:10.1097/CCM.0000000000002169. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27984278/>
10. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G et al. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019; 564(19):1-11. doi: 10.1186/s12913-019-4394-5. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4394-5>
11. Clay AM, Parsh B. Patient- and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *AMA J Ethics*. 2016;18(1):40-44. doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.1.medu3-1601. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/patient-and-family-centered-care-its-not-just-pediatrics-anymore/2016-01>
12. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 julho 14] ; 50(5): 816-822. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600015>.
13. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N et al. Humanizing the Intensive Care Unit. *Critical Care*. 2019; 32(23):1-3. doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7 Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2327-7>
14. Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Sci Rep*. 2018; 17233(8):1-9. DOI:10.1038/s41598-018-35380-w. Disponível em <https://www.nature.com/articles/s41598-018-35380-w#citeas>
15. Pilger C, Macedo JQ de, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade; DOI: 10.4025/ciencucuidaude.v13i3.19788. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 29º de maio de 2014 [citado 2020 julho, 14];13(3):479-486. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19788>

16. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO et al . Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Julho 14] ; 113(4): 787-891. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019001000787&lng=en. Epub Nov 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190204>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Área de Política Nacional de Humanização: Comitê de Reconforto Espiritual e Religioso – CRER. Disponível em <https://www.into.saude.gov.br/humanizacao/comite-espiritual-e-religioso>> Acesso em 23 de junho de 2020.
18. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud.* 2002;39(7):723-734. doi:10.1016/s0020-7489(02)00014-7. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12231029/>
19. Vasques, RCY. Validação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale para a enfermagem brasileira. 2015. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
20. Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ezeji-Okoye SC, Kuschner WG. Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *J Intensive Care Med.* 2018;33(5):279-287. doi:10.1177/0885066617712677. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28604159/>
21. Saad M, Medeiros R. Programs of religious/spiritual support in hospitals – five “Whies” and five “Hows”. *Philos Ethics Humanit Med.* 2016;5(11):1-4. DOI 10.1186/s13010-016-0039-z. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-016-0039-z#citeas>
22. Oliveira RM, Santos RMM, Yarid SD. Spirituality/Religiosity and HumanizaSUS in Family Health Units. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza* jan./mar., 2018, 31(1): 1-8. DOI: 10.5020/18061230.2018.6524. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6524>
23. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):211-219. doi:10.1111/inr.12099. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24712404/>

24. Cook D, Rucker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014;370(26):2506-2514. doi:10.1056/NEJMra1208795. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24963569/>
25. Neves JL, Schwartz E, Echevarria-Guanilo ME, Amestoy SC, Mendieta MC, Lise F. Evaluation of the satisfaction of families of patients cared for in Intensive Therapy Units: integrative review. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e1800016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001800016> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200303&lng=pt&tlng=pt
26. Canfield C, Taylor D, Nagy K, et al. Critical Care Nurses' Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *Am J Crit Care.* 2016;25(3):206-211. doi:10.4037/ajcc2016276. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27134224/>
27. Longuiniere ACF, Yarid SD, Silva ECS. Influence of religiosity/spirituality of health professionals in the valorization of the spiritual dimension of the critical. *J Nurs UFPE on line.*, Recife June, 2017, 11(Suppl. 6):2510-7.
28. Berning JN, Poor AD, Buckley SM, et al. A Novel Picture Guide to Improve Spiritual Care and Reduce Anxiety in Mechanically Ventilated Adults in the Intensive Care Unit. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(8):1333-1342. doi:10.1513/AnnalsATS.201512-831OC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021077/>
29. Timmins F, Naughton MT, Plakas S, Pesut B. Supporting patients' and families' religious and spiritual needs in ICU--can we do more?. *Nurs Crit Care.* 2015;20(3):115-117. doi:10.1111/nicc.12177 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12177>
30. Conselho Federal de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil – Relatório Final. Brasília, 2017
Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>
31. Meneguim S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive & Critical Care Nursing.* 2020 Jun;58:102805. DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102805. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339720300082>
32. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:465-473 <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452792/>
33. Nakazone, S. Importância da espiritualidade e religiosidade na relação médico-familiares de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) – Programa de Estudos Pós-

Graduados em Educação nas Profissões da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2018.

34. Ernecoff NC, Curlin FA, Buddadhumaruk P, White DB. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern Med.* 2015;175(10):1662-1669. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4124 Disponível em:
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/10.1001/jamainternmed.2015.4124>
35. Silva T, Freire ME, Vasconcelos MF, Rodrigues L, Matias T, Neto M. Apoio espiritual ao paciente hospitalizado: percepções da equipe multiprofissional de saúde. *Psic.Saúde & Doenças* [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Jul 15]; 20(2):358-366. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201900200007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200207>.
36. Soratto MT, Silva DM, Zugno PI, Raquel D. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saude e pesqui. (Impr.) jan.-abr. 2016. ilus 9(1): 53-63*
37. Hefti R, Esperandio MRG. The Interdisciplinary Spiritual Care Model: A holistic Approach to Patient Care. *Horizonte* [Internet]. 31º de março de 2016 [citado 2020, 15 de julho];14(41):13-7. Disponível em:
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2016v14n41p13>
38. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *J Crit Care.* 2020;57:55-78. doi:10.1016/j.jcrc.2020.01.026. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119316417?via%3Dihub>

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Familiares)



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia (FCE)



Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa *Equipe de enfermagem e a família do paciente crítico: suporte religioso/espiritual*, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dr^a Márcia Cristina da Silva Magro. O projeto consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do aluno Petherson Mendonça dos Santos, regularmente matriculado no curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (FCE).

O objetivo desta pesquisa é identificar a influência do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico sob a visão do familiar e do profissional de enfermagem.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista com perguntas sobre aspectos relacionados à espiritualidade/religiosidade entre as medidas de cuidado ao paciente crítico e à família. A entrevista será realizada nesta unidade de cuidados críticos (UTI/Sala Amarela) do Hospital Regional de Ceilândia ou Samambaia (HRC/HRSAM) antes do horário de visitas ou ao final do mesmo, de acordo com a sua preferência, em ambiente privativo (sala), garantindo sigilo e privacidade, com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: a possibilidade de constrangimento e riscos a saúde emocional, para responder as questões do questionário relacionadas aos aspectos individuais da religiosidade/espiritualidade e poder fazê-lo lembrar de momentos difíceis e tristes. Para minimizar os desconfortos garantiremos um local reservado, a liberdade para não responder às questões que julgar constrangedoras e durante a entrevista, caso não melhore seu estado emocional, iremos realizar uma pausa para relaxarmos e para restaurarmos o seu bem estar emocional. Só retornaremos às perguntas no caso de você concordar. Será fornecido apoio e acompanhamento psicológico, caso seja identificada ou manifestada alguma necessidade que exija uma intervenção profissional do serviço de psicologia. Se você aceitar participar, estará contribuindo para obtermos uma visão ampliada do processo assistencial, de estratégias que podem minimizar os efeitos do cenário crítico na recuperação do paciente e do seu núcleo familiar a partir dos domínios religiosidade e espiritualidade e também possibilitar a proposição de estratégias de ação voltadas à família no processo de cuidar, promovendo o cuidado centrado no paciente e na família por parte dos profissionais de enfermagem, avançando na compreensão do cuidado holístico em saúde.

Rubricas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Pag. 1 de 2

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo a entrevista respondendo ao questionário. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília, ou poderão ser solicitados aos pesquisadores, ao término da pesquisa, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Márcia Cristina da Silva Magro, na Universidade de Brasília - FCE no telefone (61) 3107-8418/98269-0888, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: marciamagro@unb.br

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília e da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira e das 08h ao 12h de terça à sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP:72220-900.

O CEP da FEPECS-SES/DF se localiza na FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 – Edifício FEPECS, Asa Norte, Brasília – DF. CEP: 70710-907. As dúvidas podem ser esclarecidas através do telefone (61) 2017-1145, ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com, o horário de atendimento é das 8h30 às 11h30 de segunda à sexta-feira.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília-DF, de de 2020.

Rubricas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Enfermeiros)



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia (FCE)**



Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa *Equipe de enfermagem e a família do paciente crítico: suporte religioso/espiritual*, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dr^a Márcia Cristina da Silva Magro. O projeto consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do aluno Petherson Mendonça dos Santos, regularmente matriculado no curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (FCE).

O objetivo desta pesquisa é identificar a influência do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico sob a visão do familiar e do profissional de enfermagem.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio do preenchimento de um questionário com perguntas sobre aspectos relacionados à espiritualidade/religiosidade entre as medidas de cuidado ao paciente crítico e à família. O preenchimento poderá ser realizado nesta unidade de cuidados críticos (UTI/Sala Amarela) do Hospital Regional de Ceilândia/ Samambaia (HRC/HRSAM), com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização, ou o questionário poderá ser levado para sua casa e preenchido por você posteriormente, combinando com o pesquisador um dia em que o mesmo poderá buscá-lo na unidade.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: a possibilidade de constrangimento e riscos à saúde emocional para responder as questões do questionário relacionadas aos aspectos individuais da religiosidade/espiritualidade, podendo fazê-lo lembrar de momentos difíceis e tristes em sua vida profissional, bem como a exposição do seu processo de trabalho. Para minimizar os desconfortos garantiremos, previamente ao preenchimento, por meio de uma conversa reservada e individual, que você tem a total liberdade para não responder às questões que julgar constrangedoras ou que exponham o seu processo de trabalho. Se você aceitar participar, estará contribuindo para obtermos uma visão ampliada do processo assistencial, de estratégias que podem minimizar os efeitos do cenário crítico na recuperação do paciente e do seu núcleo familiar a partir dos domínios religiosidade e espiritualidade e também possibilitar a proposição de estratégias de ação voltadas à família no processo de cuidar, promovendo o cuidado centrado no paciente e na família por parte dos profissionais de enfermagem, avançando na compreensão do cuidado holístico em saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, incluindo o preenchimento do questionário. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa,

Rubricas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília, ou poderão ser solicitados aos pesquisadores, ao término da pesquisa, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Márcia Cristina da Silva Magro, na Universidade de Brasília - FCE no telefone (61) 3107-8418/98269-0888, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: marciamagro@unb.br

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília e da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira e das 08h ao 12h de terça à sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP:72220-900.

O CEP da FEPECS-SES/DF se localiza na FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 – Edifício FEPECS, Asa Norte, Brasília – DF. CEP: 70710-907. As dúvidas podem ser esclarecidas através do telefone (61) 2017-1145, ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com, o horário de atendimento é das 8h30 às 11h30 de segunda à sexta-feira.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília-DF, de de 2020.

Rubricas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Pag. 2 de 2

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Equipe de enfermagem e a família do paciente crítico: suporte religioso/espiritual

Pesquisador: Marcia Cristina da Silva Magro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 16370619.1.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.692.147

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, "Introdução: Enfermeiros desempenham papéis cruciais junto aos pacientes, regulando a qualidade dos cuidados e melhorando os valores de cuidados de saúde (LESLIE, 2008). Nessa vertente, a assistência espiritual e religiosa, dentre alguns elementos, têm demonstrado relevância no cenário do paciente gravemente enfermo devido a efeitos que se aliam ao apoio psicológico, conforto, suporte emocional, fortalecimento do enfrentamento, redução da ansiedade, promoção do relacionamento interpessoal e da resiliência dos familiares (ABUATIQ, 2015; PADILHA et al, 2016; BERNING et al, 2016; RAHMATI et al, 2017; NAKAZONE, 2018). Objetivo Primário: Identificar a influência/impacto do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico e da família sob a visão do profissional de enfermagem e do familiar. Método: estudo quantitativo, exploratório, descritivo. A amostra será de conveniência e constituída de familiares e profissionais de enfermagem de unidades de cuidado ao paciente crítico (UTI e PS) de dois hospitais públicos do Distrito Federal. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado direcionado para os familiares e uma escala validada para o Brasil do tipo Likert de cinco pontos direcionada aos profissionais, a Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). Será realizada análise descritiva e inferencial dos dados e considerado significativo quando o $p < 0,05$. Resultados esperados: Reconhecimento da valorização da implementação do suporte espiritual/religioso para a manutenção e/ou recuperação e promoção de conforto dentro de uma situação crítica de saúde".

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.692.147

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

"Serão incluídos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) ativos no cenário de cuidados intensivos que aceitem participar da pesquisa e familiares (responsável legal) de pacientes críticos, maiores de 18 anos, que caracterizem perfil de ajuste emocional, de acordo com avaliação psicológica prévia e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

"Os profissionais de férias ou em alguma modalidade de licença trabalhista. Serão excluídos os familiares que apresentarem algum constrangimento com a proposta do estudo e que não caracterizem perfil de ajuste emocional, de acordo com avaliação psicológica prévia."

Objetivo da Pesquisa:

São apresentados como objetivo geral, "Identificar a influência/impacto do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico sob a visão do profissional de enfermagem e do familiar".

E, como objetivos específicos, (1) "Descrever a visão da equipe de enfermagem sobre o cuidado espiritual e do seu papel direcionado a humanização, no cenário do paciente crítico" e (2) "Identificar a opinião dos familiares sobre o atendimento às necessidades espirituais/religiosas do paciente e da família".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores colocam que "Os riscos previstos para o estudo se relacionam à possibilidade de constrangimento do profissional de enfermagem e do familiar para responder as questões do questionário relacionadas aos aspectos individuais da religiosidade/espiritualidade, bem como o risco à saúde emocional dos grupos de participantes, devido à possibilidade de recordação de momentos difíceis e tristes. Para os profissionais há o risco da exposição do seu processo de trabalho. Para minimizar estes riscos serão também adotadas medidas de sigilo e garantia de anonimato para ambos os grupos de participantes. Em relação aos familiares, garantiremos um local reservado (sala privativa) e a liberdade para não responder às questões que julgar constrangedoras. Caso haja quaisquer expressão ou reação emocional por parte do familiar, durante a entrevista, os pesquisadores manterão postura ética, solidária, empática, sendo respeitosos à situação, assumindo escuta ativa no sentido de minimizar os efeitos. Caso não haja

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.692.147

melhora de seu estado emocional, iremos realizar uma pausa para relaxarmos e para restaurarmos o seu bem estar emocional. Só retornaremos às perguntas no caso do familiar concordar. Acordou-se também com o Serviço de Psicologia dos dois hospitais em oferecer apoio e acompanhamento psicológico aos familiares, caso seja identificada ou manifestada alguma necessidade que exija uma intervenção profissional do serviço de psicologia. Foi acordado, também, junto ao serviço de Psicologia a indicação de familiares de pacientes que de acordo com avaliação psicológica prévia caracterizem perfil de ajuste emocional para a amostra, a fim de minimizar qualquer possibilidade de desconforto ou desequilíbrio emocional durante a abordagem para participação da pesquisa. E para os profissionais de enfermagem garantiremos – previamente ao preenchimento do questionário – uma conversa reservada e individual, explicando que o profissional possui a total liberdade para não responder às questões que julgar constrangedoras ou que o mesmo vê que exponham o seu processo de trabalho”.

E, quanto aos benefícios, afirmam que "Baseando-se nas considerações apresentadas, o objetivo deste estudo é identificar a influência do suporte espiritual/religioso no processo de cuidar do paciente crítico sob a visão do profissional de enfermagem e do familiar, contribuindo para um entendimento mais holístico do cuidado ao paciente, por parte da equipe de enfermagem, ampliando a visão do cuidado em diferentes dimensões, que não somente a biológica, objetivando um cuidado integrador, abrangendo também o contexto biopsicossocial e espiritual. De modo especial, devido ao alto aparato tecnológico e a rotina peculiar das Unidades de Cuidados Críticos em saúde há o risco ou tendenciosidade de um cuidado mecanizado, rompendo com vínculos pessoais e afastando-se da integralidade prevista pelas políticas de humanização. Baseando-se no que afirma a PNH ao inferir que os “usuários possam tomar parte, decidindo sobre o seu cuidado e participando da gestão da unidade, tendo liberdade para inclusão da sua rede sóciofamiliar durante o processo do cuidar, e, assim, ser corresponsabilizado pelo cuidado que lhe é prestado. Ressaltando-se que todo esse processo pode se transformar em um grande aliado da gestão” (PNH, 2013), despertando o profissional e o seu conhecimento para um cuidado integrado em que o apoio espiritual funcione como estratégia de modificação de práticas centradas na doença e em procedimentos que não contemplam o ser humano de modo integral. O empoderamento dos profissionais de enfermagem sobre essa temática, suporte espiritual/religioso, beneficiará os familiares promovendo um cuidado centrado na família, tornando-a ativa no processo de cuidar do paciente, visto que a inclusão de aspectos individuais da família neste cenário colabora também para uma maior satisfação do núcleo familiar do paciente para com o atendimento prestado nessas

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.692.147

unidades de cuidados críticos em saúde - Nível de Evidência IV (NEVES et al, 2018). Estudos nacionais e internacionais evidenciam resultados positivos a respeito das correlações sobre espiritualidade/religiosidade e saúde, tendo atenção por meio de organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização, envolvendo uma compreensão multidimensional no cuidado em saúde. Iniciativas que buscam viabilizar a incorporação do apoio espiritual no âmbito do cuidado integral ao paciente em situação crítica estão presentes no Brasil, como, por exemplo, o Comitê de Reconforto Espiritual e Religioso–CRER do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia-Ministério da Saúde. No âmbito nacional, apesar de escassos, alguns estudos já foram desenvolvidos buscando compreender sobre o suporte espiritual na visão dos familiares de pacientes e de enfermeiros no contexto dos cuidados intensivos, a saber: "Espiritualidade de familiares de pacientes internados em UTI"(2013), "Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico" (2017) e "Ansiedade e religiosidade de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva"(2018). Entretanto, ainda não temos na literatura científica brasileira em saúde um estudo que objetive obter a visão tanto do profissional de enfermagem quanto do familiar sobre esse tipo de suporte no cenário do paciente gravemente enfermo. A proposta do estudo em incluir, ambos os grupos apresentaria como benefício a inovação dessa temática em pesquisa. Segundo Padilha et. al(2016) "reconhecer que o sofrimento espiritual encontra-se intimamente ligado ao sofrimento físico e emocional no paciente crítico pode auxiliar os profissionais e familiares a lidar melhor com o cuidado ao doente, permitindo um cuidado mais humano". O estudo subsidiará uma melhor compreensão do atendimento às necessidades espirituais nesse cenário pela equipe de enfermagem, acrescentando a possibilidade de conhecimento de potenciais fontes de suporte e de enfrentamento como apoio à humanização da assistência ao paciente crítico".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente do trabalho de conclusão de curso de Enfermagem da UnB/FCE, do aluno Petherson Mendonça dos Santos, sob orientação da Profa. Marcia Cristina da Silva Magro.

Sugere um estudo exploratório, descritivo e transversal a ser desenvolvido no período entre 2019 e 2020, na UTI e no pronto socorro de dois hospitais públicos, um da Região Oeste e outro da Região Sudoeste do Distrito Federal. A amostra será de conveniência e espera-se contar com a participação de 100 indivíduos, constituída de familiares de pacientes e profissionais de Enfermagem de unidades de cuidados críticos, cujos critérios de inclusão e exclusão estão apresentados na brochura do projeto.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.692.147

A estratégia de obtenção de informações é a entrevista aos participantes, tanto profissionais como familiares de pacientes críticos.

As informações coletadas comporão um banco de dados para posterior tratamento estatístico. O orçamento está adequado à proposta de estudo. O cronograma sugere o início da coleta dos dados entre novembro/19 e janeiro/20, com envio dos relatórios ao CEP em janeiro e julho/20.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram sanadas.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1353189.pdf	10/10/2019 16:26:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIAR_COM_AJUSTES_DAS_PENDENCIAS_4_VERSAO_FINAL.docx	10/10/2019 16:24:39	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Ingrid_Conceicao_Oliveira_Queiroz.pdf	10/10/2019 11:11:14	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRÁSÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.692.147

Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Graziela_Sousa_Nogueira.pdf	10/10/2019 11:10:00	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_4_versao.pdf	10/10/2019 11:07:38	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_TCC_Versao_4.docx	10/10/2019 10:52:05	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	declaracao_psicologas.pdf	10/10/2019 10:47:10	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_de_Pesquisa_4_Versao.docx	10/10/2019 10:45:08	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_editavel.pdf	12/08/2019 14:48:56	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Conc_Inst_Copart_Hrsam_Sala_Amarela_ocr.pdf	12/08/2019 14:12:44	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CONC_INST_PROP.pdf	12/08/2019 14:11:54	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Conc_Inst_Copart_Hrsam_Uti_ocr.pdf	12/08/2019 14:11:18	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PESQUISADOR_FEPECS_ocr.pdf	12/08/2019 14:10:21	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia_Inst_HRC_Sala_Amarela_ocr.pdf	12/08/2019 14:09:47	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia_Inst_Hrsam_UTI_ocr.pdf	12/08/2019 14:09:09	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Conc_Inst_Copart_Hrc_Uti.pdf	12/08/2019 14:08:08	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_CEP_FEPECS_ocr.pdf	12/08/2019 14:06:39	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Conc_Inst_Copart_Hrc_Sala_Amarela_ocr.pdf	12/08/2019 14:06:12	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia_Inst_Hrc_Uti_ocr.pdf	12/08/2019 14:05:38	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRÁSÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.692.147

Outros	Anuencia_Inst_Hrsam_sala_amarela_ocr.pdf	12/08/2019 14:05:04	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_de_Pesquisa_Segunda_Submissao.docx	11/08/2019 20:28:03	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAL_COM_AJUSTES_DAS_PENDENCIAS.docx	11/08/2019 19:41:08	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculo_lattes_petherson_mendonca_dos_santos.pdf	19/06/2019 23:41:06	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Marcia_Cristina_da_Silva_Magro.pdf	19/06/2019 23:40:31	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto_de_Pesquisa_CEP.pdf	18/06/2019 23:04:28	PETHERSON MENDONCA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 07 de Novembro de 2019

**Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))**

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

ANEXO D – Carta de Solicitação para uso da Escala SSCRS validada para o Brasil

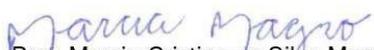


Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Campus Universitário, s/n
Centro Metropolitano, Brasília – DF
CEP: 72220-275
E-mail: marciamagro@unb.br
06/06/2020

Prezada Prof. Dr^a Raquel Candido Ylamas Vasques

Solicito autorização para uso e aplicação da “*Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)*” validada em tese para a Enfermagem Brasileira no estudo intitulado “Influência do suporte espiritual/religioso no cenário do paciente crítico para familiares e enfermeiros”.

Agradeço sinceramente,


Prof. Marcia Cristina da Silva Magro
Prof. Associada do Curso de Enfermagem
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

ANEXO E – Carta de Autorização para uso da escala SSCRS validada para o Brasil

Centro Universitário São Camilo
Campus Universitário
Rua Raul Pompéia, 144 Pompeia
São Paulo - SP
CEP: 05025-010
E-mail: ylamasraquel@gmail.com
16/06/2020

Re: Solicitação de autorização de uso

Prezada Prof.^a Marcia,

Que honra a minha em receber sua solicitação. Autorizo a utilização da escala e me disponho a esclarecer alguma dúvida, se necessário.

Atenciosamente,

RAQUEL C. YLAMAS VASQUES, RN, Ms, PhD.

Prof. Assistente I do Centro Universitário
São Camilo

Doutora em Ciências e Mestre em Enfermagem pela EEUSP.

Assistant Professor I of St. Camillus University.

Doctor in Science and Master in Nursing (University of São Paulo).

ANEXO F - Instrumento coleta de dados 2 (Enfermeiros)

Spirituality and Spiritual Care Rating Scale validada para a enfermagem brasileira

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “*Equipe de enfermagem e a família do paciente crítico: suporte religioso/espiritual*”. Seguem abaixo algumas questões que constam dados referentes a sua identificação pessoal e aspectos relacionados à espiritualidade/religiosidade no processo de cuidar do paciente crítico.

Espero contar com sua compreensão, considerando que a partir das respostas poderemos obter uma visão ampliada do processo assistencial bem como de estratégias que podem minimizar os efeitos do cenário crítico na promoção do conforto do paciente a partir dos domínios religiosidade e espiritualidade.

Muito obrigado!!!.

Petherson Mendonça dos Santos (Acadêmico de Enfermagem/UnB)

PARTE A E B

Código de identificação: _____

Data: _____ / _____ / _____

Local:

- HRC
 UTI PS
 HRSAM
 UTI PS

Gênero

- Homem
 Mulher
 Outro.
Qual? _____

Idade

_____ anos

Religiosidade e espiritualidade foram temáticas inseridas no seu processo de formação? (graduação) () Sim () Não

Cargo/função ocupada

- Chefe de enfermagem
 Enfermeiro
 Residente
 Técnico de enfermagem
 Auxiliar de Enfermagem
 Outro.

Qual? _____

Tempo de atuação na UTI ou PS (sala amarela)

_____ anos

Tempo de atuação na profissão

_____ anos

Instituição de formação

- Pública
 Privada

Turno de atuação

- Manhã
 Tarde
 Noite

Carga horária trabalhada

_____ horas

PARTE C – Escala de Classificação de Espiritualidade e Cuidado Espiritual

PARA CADA QUESTÃO, INDIQUE UMA RESPOSTA QUE MELHOR REFLITA O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DE CADA AFIRMAÇÃO.

<p>a) Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual providenciando uma visita do capelão do hospital ou do líder religioso do próprio paciente, se solicitado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>b) Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual demonstrando bondade, preocupação e alegria ao cuidar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>c) Acredito que a espiritualidade está relacionada a à necessidade de perdoar e ser perdoado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>d) Acredito que a espiritualidade envolve apenas ir à igreja/lugar de oração.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>

<p>e) Acredito que a espiritualidade está relacionada a uma crença e fé em Deus ou em Ser Superior</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>f) Acredito que a espiritualidade está relacionada a encontrar significado nas coisas boas e ruins da vida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>g) Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual dedicando tempo ao paciente, dando e assegurando suporte, especialmente, em tempos de necessidade</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>h) Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual possibilitando que o paciente encontre um significado e propósito em sua doença.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>i) Acredito que a espiritualidade está relacionada à esperança na vida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>

<p>j) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada um conduz a vida aqui e agora.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>k) Acredito que os enfermeiros podem oferecer cuidado espiritual ouvindo e permitindo que os pacientes e os seus familiares tenham tempo para discutir e explorar seus medos, ansiedades e problemas.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>l) Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite que cada um esteja em paz consigo e com o mundo.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
<p>m) Acredito que a espiritualidade não inclui áreas como arte, criatividade e autoexpressão.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

<p>n) Acredito que enfermeiros possam oferecer cuidado espiritual respeitando a privacidade, dignidade e crenças religiosas e culturais dos pacientes.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
<p>o) Acredito que a espiritualidade envolva amigos e relacionamentos.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
<p>p) Acredito que a espiritualidade não se aplique a ateus ou agnósticos</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
<p>q) Acredito que a espiritualidade inclua a moral das pessoas.</p>	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
<p>1) Quem você considera ser responsável por oferecer Cuidado Espiritual? (Você pode marcar mais de uma opção, se necessário)</p>	<input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Capelães/Clero <input type="checkbox"/> Combinação de Enfermeiros/Capelães <input type="checkbox"/> Os próprios pacientes <input type="checkbox"/> Combinação de Enfermeiros/Capelães e os próprios pacientes <input type="checkbox"/> Familiares e amigos do paciente <input type="checkbox"/> Líder Espiritual do paciente/Líder Religioso <input type="checkbox"/> Combinação de todos: (Enfermeiros/Capelães/Líder Religioso/Familiares e amigos)

<p>2) Na sua prática clínica você já encontrou algum (uns) paciente(s) com necessidade(s) espiritual(is)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se responder não, por favor, pule para a questão número 4)</p>
<p>2.1) Se sim, como você identificou tal(is) necessidade(s) espiritual(is)?</p>	<p><input type="checkbox"/> O próprio paciente <input type="checkbox"/> Amigos/parente do paciente <input type="checkbox"/> Plano de Cuidados de Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros enfermeiros <input type="checkbox"/> Capelães/Líderes Religiosos <input type="checkbox"/> Ouvindo e observando o paciente <input type="checkbox"/> Outros (favor, especificar):</p>
<p>3) Você acha que, de modo geral, está apto a atender as necessidades espirituais dos seus pacientes?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(Se não, forneça detalhes):</i> <hr/></p>
<p>4) Após a sua formação em enfermagem, você participou de algum curso que abordou sobre cuidado espiritual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, por favor, dê detalhes sobre o seu treinamento, declarar se você considera que esse curso o tornou apto a satisfazer as demandas espirituais do paciente</p>

<p>5) Você considera que os enfermeiros recebem treinamento suficiente em relação aos assuntos que envolvem o cuidado espiritual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>6) Se os enfermeiros precisam receber instrução referente ao Cuidado Espiritual, quem deve ser o responsável por esta tarefa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Faculdades da área da Saúde <input type="checkbox"/> Educação Permanente <input type="checkbox"/> Os próprios enfermeiros <input type="checkbox"/> Uma combinação de todos anteriores <input type="checkbox"/> Outros <i>(favor, especificar)</i></p>

PARTE D

Como há a possibilidade de haver conexão entre sua crença religiosa e certas respostas fornecidas, gostaríamos que você respondesse às duas seguintes perguntas:

1) Você tem alguma religião? Se sim, qual?

2) Você é praticante desta religião? Se sim, descreva resumidamente como você a pratica.

PARTE E

Por favor, apenas preencha esta seção se você escolheu NÃO responder o questionário.

Se você decidiu responder o questionário, pode nos contar o por quê?

Decidi NÃO responder o questionário porque

Agradecemos o seu tempo dedicado para preencher este questionário!

ANEXO G - Modelo de Publicação da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REEUSP)



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Atualizado em Agosto 09, 2019

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da [Resolução 466/2012](#), do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. . Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. **O número máximo de autores é seis.**

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a **Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais**, na submissão do manuscrito ([modelo anexo](#)).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no *ScholarOne* e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença *Creative Commons* Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

Custos de publicação

Taxa de Submissão

Não haverá taxa de submissão.

Taxa de Avaliação

Após a pré-análise, se o manuscrito estiver habilitado para ingressar no processo de avaliação, será cobrada uma taxa de avaliação no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais). O valor não será devolvido caso o manuscrito seja rejeitado.

Taxa de Editoração: R\$ 1.000,00 (mil reais).

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da USP (CEAP/EE)

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201

Conta: 13.004932-3

Para autores fora do Brasil:

Não será cobrada a taxa de submissão. Se o artigo for aceito, será cobrada uma Taxa de Editoração no valor de USD 500 dólares (quinhentos dólares). As informações referentes ao pagamento da taxa de editoração serão enviadas aos autores individualmente.

Após o pagamento da taxa de, preencha os dados no link para emissão de recibo.

<https://goo.gl/forms/DWTV8f2lVDzm1gQ43>

Revisão da Língua Portuguesa

Quando o artigo for aprovado para publicação, os autores deverão providenciar a revisão da Língua Portuguesa, conforme as orientações da Revista.

Tradução

A tradução para o idioma inglês deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista.

Os manuscritos aprovados, submetidos em inglês ou espanhol deverão passar por uma revisão profissional do idioma.

Os custos da revisão e da tradução são de responsabilidade dos autores.

Categorias de Publicações

Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta à Editora ao Editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Usualmente são convidados pelo editor. Não são submetidos à revisão por pares e nem é cobrada a taxa de publicação.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>. Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do *ScholarOne*.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: ; indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: **objetivo**, **método**, **resultados** e **conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (**Descritores em Ciências da Saúde**), elaborado pela BIREME, ou MeSH (**Medical Subject Headings**), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Documento principal (Main Document):

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo "Vancouver", disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação e a concentração de citações de um mesmo periódico.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Apoio financeiro: : Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.

APÊNDICE
Instrumento coleta de dados 2 (Familiares)

Data: / /

Entrevistador: _____

Codificação do participante _____

Idade _____ anos

Gênero

Homem

Mulher

Outro. Qual? _____

Profissão

Ocupação

Grau de parentesco

Estado civil

Local de residência

Grau de instrução

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental

Ensino Médio incompleto

Ensino Médo

Superior incompleto

Superior

Religião

Católica

Evangélica

Outra. Qual? _____

PARA CADA QUESTÃO, INDIQUE UMA RESPOSTA QUE MELHOR REFLITA O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DE CADA AFIRMAÇÃO.

<p>a) O suporte religioso/espiritual é uma fonte de apoio para mim, a minha família e para o meu familiar que está passando por essa situação de enfermidade:</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>b) A visita de algum provedor espiritual (padre, pastor, mentor, entre outros) de acordo com a crença religiosa do meu familiar ou da minha família poderia trazer conforto para mim e para o meu parente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>

<p>c) Os enfermeiros que estão cuidando do meu familiar abordaram alguma vez sobre suporte espiritual/religioso para o meu familiar ou para mim durante esse período de internação?</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>d) Os enfermeiros dessa unidade proveem suporte emocional, com presença compassiva e comportamento empático, escutando atentamente os meus medos, as dores, os anseios e os sonhos, e me dá a oportunidade de expressar sentimentos como tristeza, raiva, despeito, arrependimento, entre outros?</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>e) Acredito que a religiosidade/espiritualidade ajuda no enfrentamento de momentos difíceis</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>f) Considero a oração como parte do cuidado</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>g) Acredito que a abordagem do suporte religioso/espiritual aproxima a equipe multiprofissional da família.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>h) Ter um lugar dentro do hospital para oração (p. ex: capela) traria conforto a mim durante o período de internação do meu familiar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>